

ETUDE DE LA VALEUR ATTRIBUEE PAR LES PATIENTS A UN MEDICAMENT ORIGINAL PLUTOT QU'A UN GENERIQUE

**INSTITUT D'ECONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE
UNIVERSITE DE LAUSANNE**

Travail de mémoire

MHEM

**(Master of Health Economics
and Management)**

Octobre 2006

Arina Denoth

Pharmacienne diplômée

REMERCIEMENTS

Au Dr. Jean-Blaise Wasserfallen, MPP, PD, MER, à la Faculté de Biologie et Médecine, Chargé de cours à la Faculté des HEC de l'Université de Lausanne, qui a dirigé ce travail de mémoire

A toutes les pharmacies qui ont participé à la distribution des questionnaires

Au Dr. Olivier Bugnon PD, Pharmacien chef à la PMU et M. Christophe Pinget économiste à la Direction médicale du CHUV, en tant qu'experts

A mon conjoint qui m'a supportée et soutenue patiemment durant la réalisation du travail

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCTION..... | 5 |
| 1.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE | 5 |
| 1.2 LES MEDICAMENTS GENERIQUES..... | 5 |
| 1.2.1 Définition d'un médicament générique..... | 5 |
| 1.2.2 Biodisponibilité, bioéquivalence, équivalence thérapeutique [5,6] | 6 |
| 1.2.3 Co-marketing | 7 |
| 1.2.4 Marché des médicaments génériques en Suisse..... | 7 |
| 1.3 SUBSTITUTION GENERIQUE..... | 9 |
| 1.3.1 Base légale..... | 9 |
| 1.3.2 Changement au 01.01.06 | 9 |
| 1.3.3 Limites de la substitution générique | 9 |
| 1.3.4 Conditions favorables à une substitution générique | 10 |
| 1.4 EVIDENCE PAR RAPPORT A L'ACCEPTANCE DES GENERIQUES DANS LA POPULATION | 10 |
| 1.5 PHARMACOECONOMIE : METHODES D'EVALUATION ECONOMIQUE..... | 11 |
| 2. MATERIEL ET METHODES..... | 12 |
| 2.1 METHODE DE VOLONTE DE PAYER | 12 |
| 2.2 QUESTIONNAIRE | 12 |
| 2.3 PARTICIPANTS A L'ETUDE | 13 |
| 2.4 DUREE ET LIEU D'ETUDE..... | 13 |
| 2.5 CRITERES D'EXCLUSION..... | 14 |
| 2.6 ANALYSE DES RESULTATS..... | 14 |
| 3. RESULTATS..... | 15 |
| 3.1 ANALYSE DES QUESTIONNAIRES : TAUX DE RETOUR | 15 |
| 3.2 DETAILS SUR LA PARTICIPATION DES PHARMACIES ET DES PATIENTS..... | 15 |
| 3.3 CARACTERISTIQUES DES PATIENTS..... | 16 |
| 3.4 ETUDE DES REPONSES A LA VOLONTE DE PAYER DES SCENARIOS | 18 |
| 3.4.1 Volonté de payer pour les scénarios..... | 18 |
| 3.4.2 Effet du « starting point » sur la volonté de payer..... | 18 |
| 3.4.3 Corrélation entre les réponses aux différents scénarios | 18 |
| 3.4.4 Effet de la présence d'une maladie chronique, aiguë ou une maladie dans le scénario sur la volonté de payer..... | 19 |
| 3.4.5 Effet du type de maladie chronique sur la volonté de payer..... | 20 |
| 3.4.6 Incohérences | 21 |
| 3.4.7 Difficulté de réponse | 21 |
| 3.5 IMPACT DES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES SUR LA VOLONTE DE PAYER | 21 |
| 3.6 IMPACT DES VARIABLES STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVES | 22 |
| 3.6.1 Effet de l'origine | 22 |
| 3.6.2 Effet de la difficulté de réponse..... | 23 |
| 4. DISCUSSION ET CONCLUSION..... | 24 |
| 4.1 DISCUSSION DES RESULTATS PRINCIPAUX | 24 |
| 4.1.1 Généralités..... | 24 |
| 4.1.2 Aspects techniques | 24 |
| 4.1.3 Recours aux médicaments originaux | 24 |
| 4.1.4 Influence de l'affection aiguë ou chronique sur la volonté de payer..... | 25 |
| 4.1.5 Impact des variables socio-économiques sur la volonté de payer..... | 25 |
| 4.2 LIMITATIONS DE L'ETUDE | 26 |
| 4.2.1 Participation des pharmacies et des patients..... | 26 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.2.2 | <i>Situation instable de la politique des prix des médicaments</i> | 26 |
| 4.3 | PERSPECTIVES ET CONCLUSION | 27 |
| 5. | REFERENCES | 28 |
| 6. | ANNEXES | 30 |
| 6.1 | ANNEXE 1: LETTRE D'INFORMATION AUX PATIENTS | 30 |
| 6.2 | ANNEXE 2: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT | 32 |
| 6.3 | ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE..... | 33 |
| 6.4 | ANNEXE 4 : PROTOCOLE DE RECHERCHE COMMISSION D'ETHIQUE..... | 39 |
| 6.5 | ANNEXE 5 : REGRESSIONS LOGISTIQUES : LOGIT ET LOGITORD | 43 |

1. INTRODUCTION

En Suisse, tout comme dans les autres pays occidentaux, les coûts de la santé ont augmenté de manière préoccupante ces dernières années et continuent de croître. Autrement dit, les ressources disponibles pour financer nos systèmes de soins risquent de n'être plus suffisantes pour satisfaire, à un coût socialement acceptable, la croissance attendue de la demande. Cette augmentation peut être expliquée par différents facteurs. Dans une population vieillissante, le développement technologique et médical ainsi que leur diffusion comptent parmi les facteurs majeurs [1]. En outre, la médiatisation croissante du progrès technologique a modifié les attentes de la population et accru ses exigences face aux résultats des prises en charge médicales et des interventions de prévention. Au-delà de ces facteurs, on constate que dans l'environnement socio-économique actuel, le nombre de consultations pour des affections liées à une pression croissante au travail a considérablement augmenté [2]. Pour faire face à une telle évolution, et afin d'éviter d'introduire un rationnement, la plupart des pays proposent différentes solutions de rationalisation [2]. Parmi ces propositions figurent: les nouvelles formes de prises en charge telles les HMO (Health Maintenance Organization) et les réseaux de soins, la suppression de l'obligation de contracter, la planification hospitalière, le financement par DRG (Diagnosis Related Groups), l'augmentation de la participation des patients aux coûts et l'utilisation de médicaments génériques. C'est autour de ce dernier point que se formulera notre étude.

1.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE

Nous partons de l'hypothèse que l'acceptation des génériques à 100% pour les patients n'est pas atteignable. Malgré toutes les campagnes d'information sur les génériques, certains patients accorderont toujours une importance à être traités à l'aide d'un médicament original plutôt que d'opter pour un générique.

Les raisons d'un tel choix peuvent être variées [4]: meilleure compliance déclarée avec un médicament original, meilleur effet du médicament original, manque d'information et/ou de confiance sur les médicaments génériques. Un tel choix peut également être lié à l'affection médicale du patient ou à sa condition socio-économique, et c'est sur ces hypothèses que se base notre étude.

Dans un premier temps, nous allons analyser l'importance accordée par les patients aux médicaments originaux en fonction de l'affection (aiguë ou chronique) et de certains paramètres socio-économiques. Dans un second temps, nous analyserons si le type d'affection chronique a une influence sur l'importance accordée aux médicaments originaux. Dans ce double but, nous utiliserons la méthode de la disposition à payer («willingness to pay»). Cette étude nous permettra également d'évaluer de manière indirecte l'acceptation des génériques.

Les résultats de cette étude pourraient orienter le choix des payeurs ainsi que celui des producteurs de génériques et d'autres acteurs potentiels du système de santé.

1.2 LES MEDICAMENTS GENERIQUES

1.2.1 Définition d'un médicament générique

Les génériques sont des "imitations" de préparations originales enregistrées auprès de l'autorité compétente. Ils se caractérisent par le même principe actif (y compris dans certains pays la même

forme du sel), la même forme pharmaceutique, le même dosage, la même voie d'administration et les mêmes indications. Les génériques doivent être interchangeable avec la préparation originale, ils doivent donc être thérapeutiquement équivalents. Un médicament générique doit toutefois faire seulement l'objet d'une étude de bioéquivalence pour pouvoir être mis sur le marché.

Ne font pas partie du concept de médicament générique les nouveaux développements de principes actifs enregistrés (par ex. nouvelles formes pharmaceutiques, nouveau dosage, nouvelle indication) qui ne peuvent se référer à une préparation originale [5].

1.2.2 Biodisponibilité, bioéquivalence, équivalence thérapeutique [5,6]

Biodisponibilité

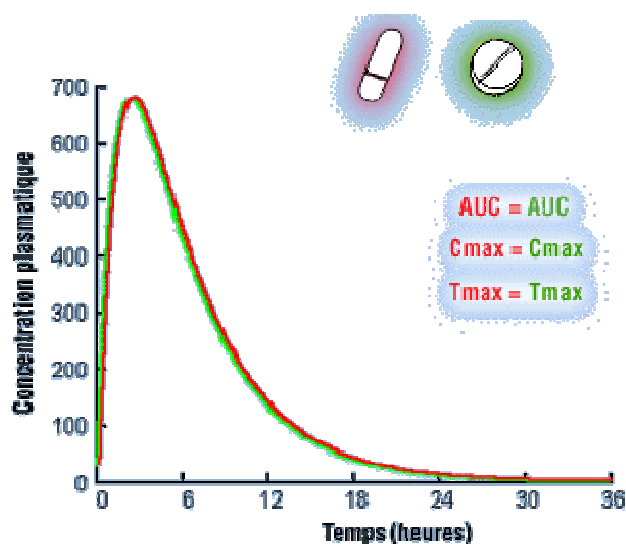
La biodisponibilité est définie par la quantité de principe actif qui atteint la circulation générale après administration de la forme médicamenteuse étudiée et par la vitesse avec laquelle le principe actif y parvient.

La biodisponibilité se mesure par rapport à une forme pharmaceutique de référence de même type que la forme à l'étude (biodisponibilité relative) ou par rapport à une solution pour injection intraveineuse (biodisponibilité absolue).

Les métriques pharmacocinétiques utilisées pour mesurer la biodisponibilité d'une substance contenue dans un médicament sont (Figure 1) :

- la surface sous la courbe (AUC)
- la concentration plasmatique maximale (C_{max})
- le temps auquel cette concentration maximale est mesurée (temps du pic plasmatique: T_{max}).

Figure 1: COURBE DE BIODISPONIBILITÉ



Bioéquivalence :

Deux médicaments sont dits bioéquivalents s'ils ont la même biodisponibilité. Il faut donc que la quantité de principe actif qui atteint le site d'action et la vitesse à laquelle ce phénomène a lieu soient identiques. Cette définition est remplacée dans la pratique par différentes formulations réglementaires dont celle de l'OICM (Office InterCantonal des Médicaments, nouvellement appelé SwissMedic) [7] :

"Il y a bioéquivalence lorsque, au moyen de méthodes reconnues et dans certaines limites

(habituellement + 25% / -20%, parfois plus larges ou plus étroites selon les paramètres [AUC, Cmax, Tmax]), les courbes de concentrations plasmatiques des deux préparations se recouvrent".

La preuve de la bioéquivalence est apportée par une méthode d'évaluation statistique appropriée (par ex. intervalle de confiance, puissance du test). Si cela s'avère opportun (par ex. pour les médicaments topiques), la concentration plasmatique peut être remplacée par la mesure quantitative de l'effet pharmacodynamique significatif (par ex. bronchodilatation pour adrénérgiques bêta)

Une forme à libération rapide et une forme à libération lente ne peuvent donc pas, par définition, être bioéquivalentes, même si la quantité de principe actif qui atteint la circulation générale est la même.

Equivalence thérapeutique

On parle d'équivalence thérapeutique lorsque le profil de l'efficacité et des effets secondaires des 2 substances sont statistiquement semblables.

La démonstration de cette équivalence thérapeutique nécessite en principe la conduite d'essais cliniques coûteux impliquant de nombreux patients. On accepte donc généralement qu'une étude de bioéquivalence portant sur des profils plasmatiques puisse constituer une démonstration indirecte de l'équivalence thérapeutique de deux formulations. Cette procédure facilitée existe depuis l'entrée en vigueur en 1984 du « Waxman-Hatch Act » aux USA [8].

1.2.3 Co-marketing

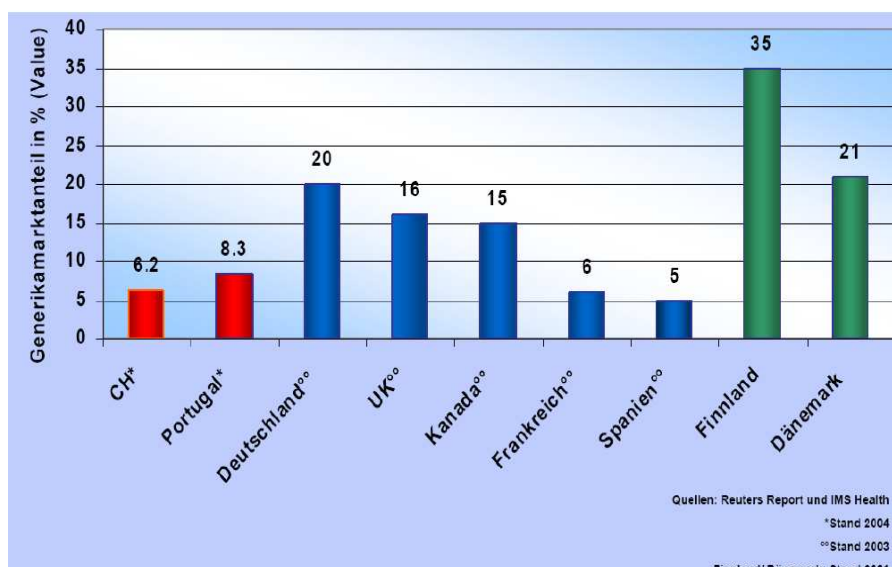
Les produits en co-marketing sont identiques au médicament original. Ils sortent de la même chaîne de production et les compositions qualitative et quantitative des 2 produits sont les mêmes. Les produits diffèrent uniquement par leur nom et leur emballage. L'enregistrement du produit repose totalement sur la documentation scientifique de l'original comme décrit dans l'ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur l'autorisation simplifiée et l'annonce obligatoire des médicaments (OASMéd) [9]. La liste des médicaments en co-marketing est régulièrement mise à jour et on peut la trouver par exemple sur le site « www.okgenerika.ch »

1.2.4 Marché des médicaments génériques en Suisse

La part de marché des génériques est en constante augmentation. Cette augmentation s'explique surtout par la modification dans la LAMAL art.52a (loi sur l'assurance maladie) qui autorise les pharmaciens à substituer les médicaments originaux par des génériques depuis 2001 [10].

En 2005, la part de marché des génériques a augmenté de 6.2 à 8.3% par rapport à l'année précédente. La vente de génériques s'est élevée à un montant de 427 Mo. de Frs [11]. En comparaison avec d'autres pays (Figure 2), la part de marché des génériques en Suisse est plutôt faible, même si l'on doit être prudent en procédant ainsi à des comparaisons internationales, où les systèmes de santé, les définitions et les incitatifs financiers sont parfois fort différents.

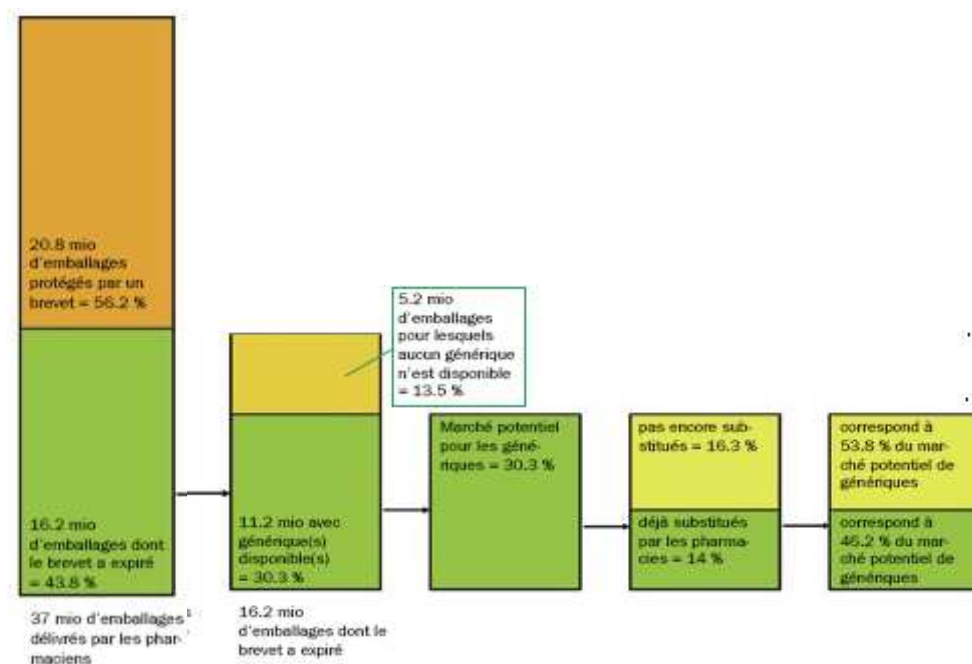
Figure 2: PART DE MARCHÉ DES GÉNÉRIQUES EN % [12]



Certains acteurs du système de santé, notamment les pharmaciens, critiquent la méthode de représenter le marché des génériques en pourcentage du coût du marché global des médicaments. Cette méthode sous-estimerait la substitution générique. En effet, il faudrait parler en termes de nombre d'emballages vendus [13].

Sur la moitié des emballages délivrés par les pharmaciens en 2004 (Figure 3), plus de la moitié sont protégés par un brevet. Le marché potentiel des génériques s'élève à 30.3% en termes de nombre d'emballages, après déduction des emballages pour lesquels aucun générique n'est disponible sur le marché. En 2004, les pharmaciens ont substitué 14% des emballages, soit près de la moitié du marché potentiel des génériques [14].

Figure 3: MARCHÉ POTENTIEL DES GÉNÉRIQUES



Au premier semestre 2006, la vente des génériques a augmenté de 61.5%, pour atteindre des

ventes de 193.8 millions de francs par rapport à la même période de l'an passé. Les génériques occupent maintenant 11.9% du marché des médicaments en Suisse [15].

1.3 SUBSTITUTION GÉNÉRIQUE

1.3.1 Base légale

Depuis le 1er janvier 2001, le pharmacien est autorisé à substituer des médicaments originaux de la liste des spécialités par des génériques meilleurs marchés selon l'article 52a de la LAMAL. Pour ce faire, il doit avoir l'accord du patient et vérifier sur l'ordonnance si le médecin ou le chiropraticien n'exigent pas expressément la délivrance d'une préparation originale.

Les pharmaciens sont rémunérés pour cet acte de substitution.

1.3.2 Changement au 01.01.06

Dans l'article 64 al.6a de la LAMAL, il est précisé que le conseil fédéral peut prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations.

En application depuis le 1er janvier 2006, la quote-part sur les médicaments ayant un générique a été augmentée de 10 % à 20 %. Sur les génériques ainsi que les médicaments originaux sans génériques, la quote-part reste fixée à 10 %.

L'article 38a de l'OPAS précise dans quelles situations la quote-part peut s'élever à 20%. Il s'agit notamment des préparations originales pour lesquelles existe un générique d'un coût au moins 20% inférieur.

Lorsque le médecin ou le chiropraticien prescrit expressément une préparation originale pour des raisons médicales, la quote-part de 10% reste inchangée. Selon la même loi, le médecin ou le chiropraticien sont tenus d'informer le patient lorsqu'au moins un générique interchangeable avec la préparation originale figure dans la liste des spécialités.

Les assureurs qui le souhaitent peuvent bénéficier d'un délai d'application de l'ordonnance jusqu'au 1er avril 2006.

1.3.3 Limites de la substitution générique

Bien qu'encouragée par les différents acteurs du système de santé, et avant tout par les politiciens, la substitution générique présente quelques limites.

Les études de bioéquivalence s'effectuent en général sur des sujets jeunes en bonne santé. Il est bien connu que la pharmacocinétique des personnes âgées, qui présentent souvent des comorbidités, est différente. Par conséquent, dans certains cas, l'équivalence n'est pas garantie en raison de multiples facteurs individuels qui déterminent la biodisponibilité d'un principe actif.

Dans la réalité, on observe une variabilité inter- et intra individuelle assez significative, et le rapport de l'AUC du générique et de la substance de référence est rarement égal à l'unité. Toutefois, si l'intervalle de confiance à 90% pour ce rapport se situe entre 0.80 et 1.25, le produit générique est considéré comme bioéquivalent. En d'autres termes cela veut dire que les taux plasmatiques d'un générique peuvent être systématiquement inférieurs de 20% ou alors 25% plus élevés que les taux atteints avec le médicament original.

Pour la plupart des médicaments, cette différence n'a aucune signification clinique. Néanmoins, en présence d'un médicament à marge thérapeutique étroite tel que les anticoagulants oraux (Sintrom®), les digitaliques, certains antidépresseurs, une telle variation systématique peut devenir importante. Concernant le Sintrom®, une étude menée aux Etats-Unis a montré qu'il fallait administrer des doses supérieures du générique pour atteindre la même valeur d'INR (International

Normalized Ratio) qu'avant la substitution, indiquant que la biodisponibilité du générique était plus basse [16].

Les génériques posent un problème potentiel concernant l'adhésion du patient au traitement si, lors du renouvellement de l'ordonnance, ils sont substitués par d'autres génériques. Par exemple, il existe actuellement sur le marché 8 médicaments contenant de l'énalapril. Chaque médicament porte un nom différent. La forme et la couleur des comprimés, de même que les emballages et les prix sont également différents. Pour un patient qui se voit prescrire plusieurs médicaments, cela provoque une confusion totale si le médicament destiné à traiter par exemple son hypertension varie à chaque renouvellement de l'ordonnance.

Il arrive que le patient rapporte des effets secondaires suite au changement du médicament original pour le générique. Parfois, des différences concernant la composition des excipients ou adjuvants peuvent être identifiées comme cause des symptômes. Le lactose par exemple, peut provoquer des diarrhées si la personne y est sensible. D'autres effets secondaires n'ont pas toujours une explication rationnelle [4].

1.3.4 Conditions favorables à une substitution générique

On peut considérer que la substitution générique ne pose pas de problèmes dans les cas suivants:

- lors de traitements de courte durée pour une condition aiguë (antibiotiques, AINS)
- lors d'un produit en Co-marketing
- lorsque le traitement est initialisé par un générique
- lors de traitement chronique avec une substance bien documentée et non dépendante de la forme galénique (formes galéniques autres que formes retard)
- lorsque l'adhérence du patient à un traitement par générique est acquise

1.4 EVIDENCE PAR RAPPORT A L'ACCEPTANCE DES GENERIQUES DANS LA POPULATION

Chaque année, le fabricant de génériques Mepha, conduit une enquête sur les génériques. L'étude menée en 2006, incluant 1000 personnes suisses âgées entre 15 et 74 ans, montre les résultats principaux suivants [17]:

- A la question : « Le mot générique vous dit-il quelque chose ? » 80% des personnes interrogées ont déjà entendu le nom générique en 2006 par rapport à 73% en 2005
- A la question : « Les génériques sont-ils aussi efficaces et sûrs que les originaux ? » 10% des personnes interrogées ont indiqué que les génériques ne sont pas aussi sûrs et efficaces
- A la question : « Accepteriez-vous un générique ? » 12% des personnes interrogées n'accepteraient pas un générique si on leur en proposait
- A la question : « Une quote-part plus basse est-elle pour vous une motivation pour utiliser plus souvent des génériques ? » A cette question, 24% des personnes interrogées ont répondu non

A notre connaissance il n'y a à ce jour pas beaucoup d'études de ce genre qui évaluent l'acceptation des génériques. Les résultats de l'enquête Mepha nous indiquent une tendance. Il faut tout de même analyser ces données avec réserve car nous n'avons pas tous les détails méthodologiques sur la sélection des sujets et le déroulement de l'enquête. Un article paru dans le Journal Suisse des Pharmaciens cite une acceptation des génériques plus faible. Un quart des patients refuseraient la substitution générique [18].

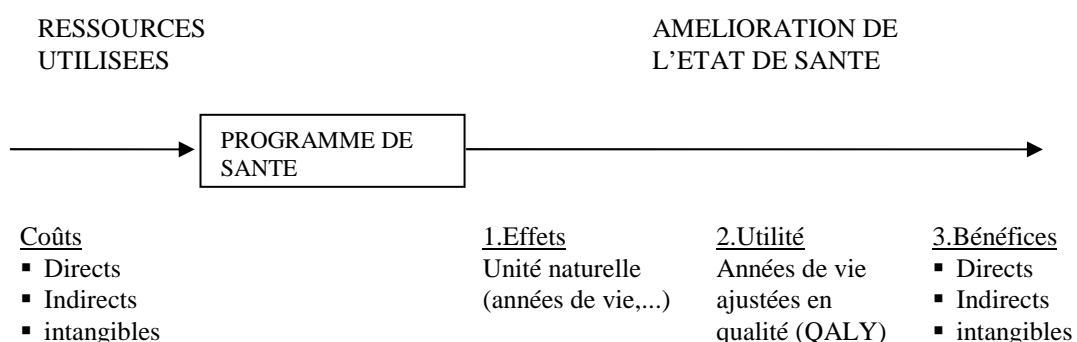
Marti B. et al [19] ont mené une étude plus détaillée par rapport à l'acceptance de la substitution générique. Ils ont évalué la probabilité de refus du générique en fonction de la classe thérapeutique. De manière générale, les patients ont plus tendance à refuser les médicaments génériques pour des conditions chroniques. Pour les antidiabétiques oraux par exemple, le taux de refus a été d'environ 70%. En revanche, pour des médicaments tels que les AINS ou les antibiotiques, le refus est moindre avec un taux de 20% environ. Le même groupe a également mis en évidence un refus en fonction de l'âge et du sexe du patient. Le refus a été le plus élevé pour les femmes de plus de 60 ans.

1.5 PHARMACOECONOMIE : METHODES D'EVALUATION ECONOMIQUE

La croissance rapide des coûts de la santé a suscité un intérêt croissant pour les évaluations économiques dans le domaine de la santé. Les analyses médico-économiques proposent en effet un complément à « l'evidence based medicine » en ajoutant l'évaluation économique des nouveaux développements de la médecine.

Les méthodes d'évaluation économique permettent de comparer des programmes économiques ou de soins en tenant compte simultanément de leurs coûts et de leurs conséquences. L'objectif principal est de faire un choix optimal du point de vue de l'allocation des ressources. Les composantes d'une évaluation économique (Figure 4) sont d'un côté les coûts, qui peuvent être directs, indirects ou intangibles. De l'autre côté, il y a la mesure des effets en terme de santé qui peuvent s'effectuer de trois manières : 1. En unité naturelle (par ex. années de survie) 2. En unité naturelle ajustée en qualité (par exemple années de vie gagnées ajustées en qualité = quality adjusted life year = QALY) 3. En unité monétaire, ce qui impose de traduire la survie en une valeur monétaire. Le résultat de ces trois types d'évaluation est un rapport coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice respectivement. Il montre à la fois la différence des coûts enregistrés et la différence des bénéfices obtenus par une alternative de traitement. En plus de ces 3 types d'évaluation, il existe encore un cas particulier appelé analyse de minimisation des coûts. Il s'agit des situations dans lesquelles les conséquences sont semblables dans les 2 bras de l'alternative. En conséquence, seuls les coûts des 2 stratégies économiques sont comparés afin de choisir la stratégie la moins coûteuse [20].

Figure 4: COMPOSANTES DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES EN MÉDECINE
(MODIFIÉ D'APRÈS [21])



De manière générale, les auteurs d'une étude économique doivent toujours préciser dans quelle perspective a été menée l'étude (patients, fournisseurs de prestations, partenaires payeurs, société), puisque les types de coûts inclus et exclus varient selon cette perspective.

Dans notre étude, nous utilisons la méthode de volonté de payer (décrite plus en détail sous 2.1), une méthode qui s'inscrit dans les analyses coût-bénéfice, mais qui comporte une dimension supplémentaire aux coûts. Dans ce genre d'étude, c'est en effet la perspective du patient qui est prise en compte comme mesure de bénéfice.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 METHODE DE VOLONTE DE PAYER

La méthode de « willingness to pay » ou volonté de payer, est un moyen d'évaluer combien les individus sont prêts à payer ex-ante pour une modification donnée de leur état de santé ou habitude de consommation. Avec cette méthode, on peut déterminer la valeur que les individus attribuent à un bien même si aucun marché n'existe. Dans notre cas, il s'agit de la valeur subjective accordée à un traitement par des médicaments originaux. Comme il s'agit d'une évaluation ex-ante, les individus sont placés dans une situation hypothétique et les réponses obtenues sont des intentions. En général on utilise des scénarios dans lesquels le bien à évaluer est décrit avec précision. L'individu est invité à répondre en valeur monétaire. Pour ce faire, plusieurs méthodes existent dont nous en citerons 3. La première méthode utilise une question ouverte : il s'agit tout simplement de demander aux individus le montant qu'ils sont prêts à payer. La deuxième méthode est un système d'enchères successives ; on propose un premier montant à l'individu et selon sa réponse (acceptation ou refus) un deuxième montant supérieur ou inférieur est proposé. La troisième méthode, celle de la carte de paiement, consiste en des montants définis à l'avance parmi lesquels l'individu doit choisir celui correspondant à sa volonté de payer [21].

Il est connu que la détermination de la volonté de payer d'une personne va dépendre de son revenu et de son état de santé. C'est pour cette raison qu'un questionnaire incluant des questions par rapport à la situation socio-économique de la personne doit être intégré aux scénarios. Toutes ces informations seront considérées lors de l'analyse statistique.

Bien que considérée comme fiable, la méthode de volonté de payer contient quelques biais qu'on peut minimiser dans l'élaboration des questionnaires. Un de ces biais est connu sous le nom de « starting point bias », l'individu étant influencé par le premier montant proposé dans l'échelle des valeurs [2223]. Une autre problématique est liée à une mauvaise compréhension des scénarios, ce qui se traduit par des réponses incohérentes. Finalement, les individus ont tendance à surestimer leur volonté de payer, puisque seule l'intention est enregistrée, le sujet ne devant pas payer réellement la somme annoncée.

2.2 QUESTIONNAIRE

Le questionnaire utilisé contient 8 scénarios hypothétiques, mais réalistes, mettant en scène l'objet de l'étude, ici l'importance accordée à un médicament original par rapport à un générique. Les 8 scénarios décrivent 4 situations cliniques liées à la prescription de médicaments pour une affection aiguë et 4 situations décrivant une affection chronique. Six classes de médicaments sont réparties dans les 8 scénarios. Deux classes de médicaments se retrouvent une fois dans une situation de maladie aiguë et une autre fois de maladie chronique.

Une échelle de valeur monétaire est proposée afin que le patient puisse indiquer sa volonté de payer en plus pour être traité par le médicament original plutôt que par un médicament générique. Le patient n'est pas confronté aux noms des médicaments ni à leur prix dans la mesure où leurs variations pour une même molécule et par rapport à celle que le patient connaîtrait par expérience pourraient engendrer une certaine confusion.

Tableau 1: ECHELLE DES VALEURS ASCENDANTE ET DESCENDANTE [CHF]

| <u>Echelle ascendante</u> | | <u>Echelle descendante</u> | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> | > 90 | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 – 1.60 | <input type="checkbox"/> | 54.70 – 90 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 – 2.70 | <input type="checkbox"/> | 33.20 – 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 – 4.50 | <input type="checkbox"/> | 20.20 – 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 – 7.40 | <input type="checkbox"/> | 12.30 – 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 – 12.20 | <input type="checkbox"/> | 7.50 – 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 – 20.10 | <input type="checkbox"/> | 4.60 – 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 – 33.10 | <input type="checkbox"/> | 2.80 – 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 – 54.60 | <input type="checkbox"/> | 1.70 – 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 – 90 | <input type="checkbox"/> | 0.10 – 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> | Rien | <input type="checkbox"/> |

L'échelle de valeur est proposée sous 2 formes différentes (Tableau 1), distribuées aléatoirement par blocs de 4, une échelle ascendante de 0 à plus de 90 Fr.- et une échelle descendant de 90 à 0 Fr.- afin d'éviter le biais de « starting point » décrit sous 2.1. Les échelles de valeurs sont identiques dans les 8 scénarios et suivent une échelle logarithmique pour mieux représenter les faibles prix. Les différences de prix réelles entre le médicament original et son générique se trouvent dans la fourchette proposée.

Dans le but d'évaluer la difficulté dans les réponses aux scénarios, les patients ont été priés d'indiquer s'ils ont eu des difficultés lors des réponses aux scénarios, et de quel type elles étaient : compréhension ou détermination.

En plus des scénarios, des questions socio-économiques figurent à la fin du questionnaire. Il s'agit notamment de l'âge, du sexe, du revenu, de la présence ou non d'une affection aiguë ou chronique etc. Le détail de ces variables figure à la fin du questionnaire à l'annexe 3.

2.3 PARTICIPANTS A L'ETUDE

Les participants à l'étude ont été recrutés de manière aléatoire parmi les personnes entrant dans les pharmacies ayant accepté de collaborer à l'étude. Les participants ont dû remplir une feuille de consentement pour participer à l'étude et ainsi recevoir le questionnaire. Le questionnaire était accompagné d'une enveloppe préaffranchie dans laquelle ils ont pu renvoyer le questionnaire. Les patients ont également eu la possibilité de remplir le questionnaire sur place.

Une complète confidentialité des données était garantie aux participants. Les questionnaires étaient anonymes et l'identité des répondants en aucun cas enregistrée.

Le protocole de l'étude avait été accepté par la commission d'éthique de la recherche clinique de la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne.

2.4 DUREE ET LIEU D'ETUDE

Suite à une prise de contact avec plus de 100 pharmacies du canton de Vaud, 19 sur un objectif de 20 ont donné leur accord à la participation à cette étude. La durée de l'étude a été fixée à 3 semaines. Pendant cette période, les équipes de pharmacie ont distribué les questionnaires aux patients avec une brève explication de l'étude et en récoltant le consentement.

2.5 CRITERES D'EXCLUSION

Toute personne ne comprenant pas suffisamment le français parlé et écrit pour donner un consentement éclairé a été exclue de l'étude. Les personnes migrantes ou requérantes d'asile n'ayant pas d'assurance sociale conventionnelle en Suisse ont également été exclues de l'étude.

2.6 ANALYSE DES RESULTATS

Les réponses aux scénarios ainsi que les variables caractérisant les participants à l'étude ont été introduites dans une base de données Excel. Afin de faciliter l'analyse, certaines données ont été dichotomisées. Par souci d'illustrer les différents intervalles de valeurs observées, ils ont été convertis en valeur monétaire en prenant la valeur centrale de l'intervalle.

Les nombres de questionnaires distribués aux pharmacies, distribués aux patients et retournés par ces derniers ont permis de calculer des taux de participation spécifiques des pharmacies et des patients, ainsi qu'un taux de participation global.

L'analyse statistique des données a été effectuée à l'aide du programme SPSS. Les analyses de comparaisons des données entre les différents groupes déterminés par les différentes variables a été faite par des tests paramétriques sur les valeurs suivant une distribution normale (ANOVA et test-T de Student) et non-paramétrique sur les valeurs de distribution non-normale (test de Mann-Whitney, test du chi-carré). Les effets des diverses variables socio-économiques sur les réponses aux scénarios ont été étudiés par une régression logistique. Une première régression logistique (logit) a permis de comparer les patients ayant répondu « rien » dans tous les scénarios aux autres. Une deuxième régression logistique ordonnée (logitord) a été faite sur le sous-échantillon des personnes qui ont répondu par une valeur positive aux différents scénarios.

3. RESULTATS

3.1 ANALYSE DES QUESTIONNAIRES : TAUX DE RETOUR

Les questionnaires ont été distribués dans 19 pharmacies du canton de Vaud. Chaque pharmacie a reçu 100 questionnaires sauf 2 qui ont préféré en recevoir 50 pour des raisons de manque d'effectif. Au total, 1800 questionnaires ont été déposés dans les pharmacies. Le taux de retour des questionnaires (393 sur 1800) a été de 21.83%. Il est à préciser que certaines pharmacies n'ont pas distribué tous les questionnaires pendant la durée de l'étude et ce malgré des rappels réguliers. Le taux de participation des pharmacies s'élevait donc à 55%. C'est pour cette raison que le taux de réponse réel est de 39.65%, en tenant compte des questionnaires réellement distribués. On constate que la répartition des types de questionnaires est de 51.7% pour le type ascendant et de 48.3% pour le type descendant. Le tableau 2 résume les chiffres décrits ci-dessus.

Tableau 2: ÉTUDE DES QUESTIONNAIRES

| Nombre de questionnaires | |
|--------------------------|-------------|
| Déposés | 1800 |
| Distribués | 991 |
| Renvoyés | 393 |
| Taux de retour | 21.83% |
| Participation patients | 39.65% |
| Participation pharmacies | 55% |
| Type de questionnaire | |
| Ascendant | 203 (51.7%) |
| Descendant | 190 (48.3%) |

3.2 DETAILS SUR LA PARTICIPATION DES PHARMACIES ET DES PATIENTS

La participation des pharmacies n'a pas été optimale puisqu'environ la moitié seulement des questionnaires ont été distribués (991 sur 1800), soit 55%. Un sondage après l'étude auprès de chaque pharmacie a permis de détecter les problématiques majeures suivantes. De manière générale, les pharmacies n'ont pas organisé systématiquement la distribution des questionnaires. La distribution était dépendante de plusieurs facteurs. Notamment lorsque la charge de travail était importante ou lorsque l'effectif était réduit, la distribution des questionnaires a été interrompue. Les patients qui ont déclaré être pressés n'ont pas été sollicités. Suite à la 1ère semaine de l'étude, le facteur oublié de la part de l'équipe de pharmacie est également survenu. La distribution des questionnaires a majoritairement été effectuée par le pharmacien.

Dans le tableau 3, on trouve le détail de la participation de chaque pharmacie dont le numéro a été codé. Une analyse n'a pas montré de corrélation entre la faible participation des pharmacies et le taux de retour des questionnaires par les patients.

Tableau 3: ÉTUDE DES QUESTIONNAIRES: DETAIL PAR PHARMACIE

| N° de la pharmacie | Questionnaires au départ | Distribués | Renvoyés | Participation patients [%] | Participation pharmacies [%] |
|--------------------|--------------------------|------------|----------|----------------------------|------------------------------|
| 1 | 100 | 88 | 43 | 49 | 88 |
| 2 | 100 | 26 | 3 | 12 | 26 |
| 3 | 100 | 52 | 17 | 33 | 52 |
| 4 | 100 | 80 | 10 | 13 | 80 |
| 5 | 100 | 100 | 12 | 12 | 100 |
| 6 | 100 | 42 | 18 | 43 | 42 |
| 7 | 100 | 42 | 27 | 64 | 42 |
| 8 | 100 | 55 | 24 | 44 | 55 |
| 9 | 50 | 25 | 13 | 52 | 50 |
| 10 | 50 | 38 | 26 | 68 | 76 |
| 11 | 100 | 91 | 42 | 46 | 91 |
| 12 | 100 | 49 | 19 | 39 | 49 |
| 13 | 100 | 46 | 20 | 43 | 46 |
| 14 | 100 | 34 | 16 | 47 | 34 |
| 15 | 100 | 16 | 10 | 63 | 16 |
| 16 | 100 | 75 | 33 | 44 | 75 |
| 17 | 100 | 33 | 20 | 61 | 33 |
| 18 | 100 | 55 | 29 | 53 | 55 |
| 19 | 100 | 44 | 11 | 25 | 44 |

Malgré quelques refus de participation, les patients ont accueilli de manière positive la participation à l'étude. Les pharmaciens ont constaté qu'un temps d'explication plus long devait être consacré à certaines personnes âgées. En outre, la possibilité pour les patients de remplir le questionnaire à la maison a été perçue comme très positive par ces derniers et surtout par les pharmaciens qui y ont vu un gain de temps considérable. De ce fait, pratiquement tous les questionnaires ont été remplis par les patients à la maison.

3.3 CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Les caractéristiques de l'ensemble des patients sont reprises dans le tableau 4. Ce tableau comprend les caractéristiques personnelles des patients ainsi que les données par rapport à une éventuelle affection.

On constate qu'il y a une plus grande proportion de femmes avec 62.6% vs. 36.7% pour les hommes. 11.2% des personnes souffrent d'une maladie aiguë et 49.9% ont indiqué qu'ils souffrent d'une maladie chronique. A la question : « Souffrez vous actuellement d'une maladie décrite dans les 8 scénarios », 175 patients, soit 44.5% ont répondu par la positive. Les patients prennent majoritairement des médicaments contre l'hypertension, des AINS et des médicaments contre le cholestérol. 71% des patients ont déclaré avoir souscrit une assurance complémentaire. Environ 20% des patients n'ont pas répondu à la question du revenu.

Tableau 4: CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

| | N Total 393 | % |
|-----------------------|----------------|------|
| âge médian (extrêmes) | 62 (16-90) | |
| Sexe | | |
| Homme | 144 | 36.7 |
| Femme | 246 | 62.6 |
| manquant | 3 | 0.7 |

| | | | N | | % | |
|---|--------------|------------|------------|-----------|----------|-------------|
| | | | Total 393 | | | |
| Pays d'origine | | | | | | |
| Suisse | | | 332 | | 84.5 | |
| Europe | | | 47 | | 12.0 | |
| Autre | | | 12 | | 3.0 | |
| manquant | | | 2 | | 0.5 | |
| Formation scolaire | | | | | | |
| École obligatoire | | | 44 | | 11.2 | |
| Gymnase | | | 28 | | 7.1 | |
| Formation professionnelle/ apprentissage | | | 188 | | 47.8 | |
| Université/ Haute école | | | 128 | | 32.6 | |
| manquant | | | 5 | | 1.3 | |
| Profession/occupation | | | | | | |
| Au foyer | | | 42 | | 10.7 | |
| Retraite | | | 125 | | 31.8 | |
| Sans activité professionnelle | | | 27 | | 6.9 | |
| Travail régulier | | | 196 | | 49.9 | |
| manquant | | | 3 | | 0.7 | |
| Revenu mensuel par ménage [CHF] | | | | | | |
| <3000 | | | 38 | | 9.7 | |
| 3001-5000 | | | 63 | | 16.0 | |
| 5001-7000 | | | 69 | | 17.6 | |
| 7001-10000 | | | 101 | | 25.7 | |
| 10001-15000 | | | 42 | | 10.7 | |
| >15000 | | | 4 | | 1.0 | |
| manquant | | | 76 | | 19.3 | |
| Revenu mensuel par personne [CHF] | | | | | | |
| <3000 | | | 164 | | 41.7 | |
| 3001-5000 | | | 108 | | 27.5 | |
| 5001-7000 | | | 20 | | 5.1 | |
| 7001-10000 | | | 20 | | 5.1 | |
| 10001-15000 | | | 4 | | 1.0 | |
| >15000 | | | 0 | | 0.0 | |
| manquant | | | 77 | | 19.6 | |
| Type d'assurance | | | | | | |
| De base | | | 393 | | 100.0 | |
| Complémentaire | | | 279 | | 71.0 | |
| Franchise épuisée | | | 166 | | 42.2 | |
| Présence de maladie | | | | | | |
| Oui | | | 201 | | 51.1 | |
| Non | | | 190 | | 48.4 | |
| manquant | | | 2 | | 0.5 | |
| Type de maladie | | | | | | |
| Aiguë | | | 44 | | 11.2 | |
| Chronique | | | 196 | | 49.9 | |
| Maladie dans scénarios | | | | | | |
| Oui | | | 175 | | 44.5 | |
| Non | | | 212 | | 54.0 | |
| manquant | | | 6 | | 1.5 | |
| Médicaments | Hypertension | IPP | AINS | Bronchite | Cystite | Cholestérol |
| | 102 (26.0%) | 43 (10.9%) | 94 (23.9%) | 10 (2.5%) | 9 (2.3%) | 84 (21.4%) |
| Nombre de personnes prenant des médicaments | | | | | | |
| Oui | | | 207 | | 52.7 | |
| Non | | | 186 | | 47.3 | |
| Médecin prescripteur | | | | | | |
| Généraliste | | | 292 | | 74.3 | |
| Spécialiste | | | 114 | | 29.0 | |

Entre les 2 types de questionnaires (échelle de valeur ascendante et descendante), les caractéristiques des patients telles que décrites dans le tableau 4, ne montrent pas de différence significative sauf pour le revenu par personne ($p=0.029$).

3.4 ÉTUDE DES REPONSES A LA VOLONTE DE PAYER DES SCENARIOS

3.4.1 Volonté de payer pour les scénarios

Le tableau 5 reprend les distributions des réponses de la volonté de payer pour les différents scénarios. Les valeurs indiquées en % valide ont été calculées en excluant les données manquantes de la colonne de droite dans le tableau 5. On constate qu'entre 66.1 et 71.9% des patients ont indiqué qu'ils ne sont pas disposés à payer un surplus pour bénéficier du médicament original. En conséquence, seuls 28.1 à 33.9% des patients accordent une valeur à l'original par rapport au générique et ceci est constant à travers les scénarios.

Tableau 5: DISTRIBUTION DE LA VOLONTÉ DE PAYER ENTRE LES SCENARIOS

| Scénario | rien [n] | rien [%] | rien [% valide] | valeur [n] | valeur [%] | valeur [% valide] | manquant |
|----------|-------------|-------------|--------------------|---------------|---------------|----------------------|----------|
| 1 | 264 | 67.2 | 68.0 | 124 | 31.6 | 32.0 | 5 (1.3%) |
| 2 | 270 | 68.7 | 70.1 | 115 | 29.3 | 29.9 | 8 (2.0%) |
| 3 | 263 | 66.9 | 68.0 | 124 | 31.6 | 32.0 | 6 (1.5%) |
| 4 | 256 | 65.1 | 66.1 | 131 | 33.3 | 33.9 | 6 (1.5%) |
| 5 | 275 | 70.0 | 71.1 | 112 | 28.5 | 28.9 | 6 (1.5%) |
| 6 | 277 | 70.5 | 71.9 | 108 | 27.5 | 28.1 | 8 (2.0%) |
| 7 | 274 | 69.7 | 71.0 | 112 | 28.5 | 29.0 | 7 (1.8%) |
| 8 | 265 | 67.4 | 68.3 | 123 | 31.3 | 31.7 | 5 (1.3%) |

3.4.2 Effet du « starting point » sur la volonté de payer

Le tableau 6 montre qu'il y a une différence significative entre la valeur enregistrée en réponse à l'échelle de valeur monétaire ascendante et descendante pour les scénarios 4 et 6 en analysant les valeurs brutes et pour tous les scénarios sauf les scénarios 3 et 4 lorsque les réponses sont dichotomisées entre « rien » et « valeur ».

Tableau 6: EFFET DU STARTING POINT SUR LA VOLONTÉ DE PAYER

| Scénario | Analyse brute | | Analyse dichotomique | |
|----------|------------------------|--------------|------------------------|--------------|
| | Valeur du chi-carré | valeur p | Valeur du chi-carré | valeur p |
| 1 | 16.009 | 0.099 | 8.318 | 0.004 |
| 2 | 15.445 | 0.117 | 7.686 | 0.006 |
| 3 | 9.473 | 0.488 | 3.105 | 0.078 |
| 4 | 19.071 | 0.039 | 3.498 | 0.061 |
| 5 | 17.391 | 0.066 | 5.207 | 0.023 |
| 6 | 23.644 | 0.009 | 7.204 | 0.007 |
| 7 | 16.732 | 0.081 | 6.130 | 0.013 |
| 8 | 17.789 | 0.059 | 7.713 | 0.005 |

3.4.3 Corrélation entre les réponses aux différents scénarios

La corrélation entre les réponses observées aux différents scénarios est très élevée (entre 0.749 et 0.894), ce qui signifie une bonne cohérence entre les réponses. On constate par contre une très faible corrélation entre les réponses aux scénarios et le revenu par ménage ainsi que le revenu par personne (entre -0.088 et 0.538). Le revenu n'a donc pratiquement pas d'impact sur la volonté de payer. (Tableau 7)

Tableau 7: CORRÉLATION ENTRE LES RÉPONSES AUX DIFFÉRENTS SCENARIOS ET LE REVENU

| | Scén 1 | Scén 2 | Scén 3 | Scén 4 | Scén 5 | Scén 6 | Scén 7 | Scén 8 | revenu | revenu/ personne |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------------|
| Scén 1 | - | | | | | | | | | |
| Scén 2 | 0.768 | - | | | | | | | | |
| Scén 3 | 0.787 | 0.869 | - | | | | | | | |
| Scén 4 | 0.847 | 0.794 | 0.837 | - | | | | | | |
| Scén 5 | 0.749 | 0.822 | 0.780 | 0.793 | - | | | | | |
| Scén 6 | 0.806 | 0.864 | 0.841 | 0.797 | 0.881 | - | | | | |
| Scén 7 | 0.789 | 0.869 | 0.869 | 0.785 | 0.818 | 0.894 | - | | | |
| Scén 8 | 0.770 | 0.822 | 0.837 | 0.839 | 0.841 | 0.848 | 0.831 | - | | |
| revenu | -0.001 | -0.009 | 0.010 | -0.043 | -0.088 | -0.022 | 0.033 | -0.063 | - | |
| revenu /personne | 0.098 | 0.117 | 0.101 | 0.032 | 0.007 | 0.072 | 0.122 | 0.054 | 0.538 | - |

3.4.4 Effet de la présence d'une maladie chronique, aiguë ou une maladie dans le scénario sur la volonté de payer

La volonté de payer des personnes (Tableau 8) souffrant d'une maladie aiguë est en moyenne plus élevée (5.80-14.80 Frs) que chez les patients souffrant d'une maladie chronique (5.80-8.55 Frs) et ceci est valable pour tous les scénarios qu'ils décrivent une maladie aiguë ou chronique.

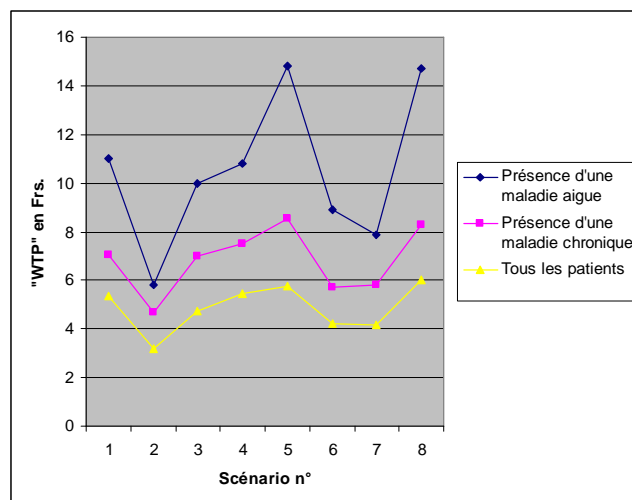
L'analyse de la variance (Anova) montre qu'il y a une différence statistiquement significative pour tous les scénarios entre la volonté de payer moyenne des patients souffrant d'une maladie aiguë et celle de ceux n'ayant pas déclaré avoir une maladie aiguë. Cette différence existe aussi, mais de manière moins marquée pour les patients souffrant d'une maladie chronique. Elle n'est pas toujours statistiquement significative.

Tableau 8: EFFET DE LA PRÉSENCE D'UNE MALADIE AIGUË OU CHRONIQUE SUR LA VOLONTÉ DE PAYER

| | Maladie aiguë | | | | | Maladie chronique | | | | |
|--------|---------------|-----|---------|-------|-----------|-------------------|-----|---------|------|-----------|
| | | N | moyenne | CHF | Anova [p] | | N | moyenne | CHF | Anova [p] |
| Scén 1 | non | 345 | 1.40 | 4.70 | 0.025 | non | 193 | 1.33 | 3.70 | 0.189 |
| | oui | 43 | 2.33 | 11.00 | | oui | 195 | 1.67 | 7.05 | |
| Scén 2 | non | 342 | 1.03 | 2.90 | 0.001 | non | 190 | 0.91 | 1.70 | 0.021 |
| | oui | 43 | 2.21 | 5.80 | | oui | 195 | 1.41 | 4.70 | |
| Scén 3 | non | 344 | 1.23 | 4.10 | 0.000 | non | 192 | 1.18 | 2.45 | 0.097 |
| | oui | 43 | 2.67 | 10.00 | | oui | 195 | 1.59 | 7.00 | |
| Scén 4 | non | 344 | 1.46 | 4.80 | 0.003 | non | 192 | 1.46 | 3.40 | 0.299 |
| | oui | 43 | 2.72 | 10.80 | | oui | 195 | 1.74 | 7.50 | |
| Scén 5 | non | 344 | 1.20 | 4.65 | 0.000 | non | 192 | 1.06 | 2.95 | 0.013 |
| | oui | 43 | 2.88 | 14.80 | | oui | 195 | 1.71 | 8.55 | |
| Scén 6 | non | 344 | 1.10 | 3.70 | 0.001 | non | 192 | 1.04 | 2.80 | 0.121 |
| | oui | 41 | 2.32 | 8.90 | | oui | 193 | 1.41 | 5.70 | |
| Scén 7 | non | 343 | 1.10 | 3.75 | 0.002 | non | 192 | 0.94 | 2.60 | 0.013 |
| | oui | 43 | 2.26 | 7.85 | | oui | 194 | 1.52 | 5.80 | |
| Scén 8 | non | 345 | 1.31 | 5.00 | 0.000 | non | 193 | 1.22 | 3.70 | 0.045 |
| | oui | 43 | 2.95 | 14.70 | | oui | 195 | 1.75 | 8.30 | |

Les montants que les patients sont disposés à payer sont les plus faibles pour les 2 scénarios décrivant un traitement pas AINS (Figure 5), soit les scénarios 2 et 6 (Annexe 3).

Figure 5: VOLONTÉ DE PAYER POUR LES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS



Le tableau 9 montre l'effet de la présence d'une maladie ou d'une maladie dans les scénarios sur la volonté de payer. L'analyse de la variance (Anova) ne montre pas de différence statistiquement significative entre moyennes de volonté de payer à une exception près.

Tableau 9: EFFET DE LA PRÉSENCE D'UNE MALADIE OU D'UNE MALADIE DANS LE SCÉNARIO SUR LA VOLONTÉ DE PAYER

| | | Maladie présente | | | | Maladie scénarios | | | | |
|--------|-----|------------------|---------|------|--------------|-------------------|-----|---------|------|-----------|
| | | N | moyenne | CHF | Anova [p] | | N | moyenne | CHF | Anova [p] |
| Scén 1 | non | 187 | 1.41 | 4.30 | 0.540 | non | 208 | 1.40 | 4.10 | 0.448 |
| | oui | 200 | 1.57 | 6.30 | | oui | 174 | 1.60 | 6.90 | |
| Scén 2 | non | 185 | 0.98 | 2.20 | 0.109 | non | 206 | 0.97 | 2.20 | 0.055 |
| | oui | 200 | 1.33 | 4.15 | | oui | 174 | 1.40 | 4.45 | |
| Scén 3 | non | 186 | 1.18 | 2.75 | 0.129 | non | 207 | 1.16 | 3.15 | 0.051 |
| | oui | 200 | 1.56 | 6.50 | | oui | 174 | 1.65 | 6.65 | |
| Scén 4 | non | 186 | 1.54 | 4.00 | 0.713 | non | 207 | 1.46 | 4.15 | 0.300 |
| | oui | 200 | 1.64 | 6.70 | | oui | 174 | 1.74 | 7.00 | |
| Scén 5 | non | 187 | 1.13 | 3.55 | 0.057 | non | 208 | 1.25 | 4.50 | 0.245 |
| | oui | 200 | 1.63 | 7.85 | | oui | 174 | 1.56 | 7.45 | |
| Scén 6 | non | 187 | 1.10 | 3.30 | 0.308 | non | 208 | 1.12 | 3.30 | 0.276 |
| | oui | 198 | 1.34 | 5.15 | | oui | 172 | 1.38 | 5.45 | |
| Scén 7 | non | 186 | 0.95 | 2.80 | 0.031 | non | 207 | 1.04 | 3.30 | 0.101 |
| | oui | 199 | 1.46 | 5.30 | | oui | 173 | 1.43 | 5.10 | |
| Scén 8 | non | 187 | 1.22 | 4.05 | 0.059 | non | 208 | 1.31 | 4.50 | 0.149 |
| | oui | 200 | 1.72 | 7.80 | | oui | 174 | 1.70 | 7.90 | |

3.4.5 Effet du type de maladie chronique sur la volonté de payer

L'influence d'une maladie chronique ou du traitement d'une maladie chronique donnée n'a pas d'impact sur la volonté de payer pour un autre type de maladie chronique décrite dans un autre scénario. Par exemple, l'analyse croisée entre le scénario 5 et 6 montre qu'il y a une concordance élevée pour les personnes ayant répondu rien à ces 2 scénarios et celles ayant répondu par une valeur monétaire. Sur les 193 patients ayant déclaré avoir une maladie chronique, il y a une concordance totale pour 183 patients.

3.4.6 Incohérences

Les réponses aux questionnaires présentaient parfois des incohérences. C'était le cas entre le fait de déclarer prendre un médicament pour une maladie dans les scénarios et le fait de souffrir ou non d'une maladie. C'est ainsi que sur les 190 patients déclarent ne souffrir d'aucune maladie, 8 (4.2%) personnes prenaient un HTA, 8 (4.2%) un IPP, 24 (12.6%) un AINS et 8 (4.2%) un médicament contre le cholestérol.

3.4.7 Difficulté de réponse

Deux questions ont été posées à la fin du questionnaire afin d'évaluer la difficulté de réponse aux scénarios. Le tableau 10 montre que la majeure partie des patients (80.9 %), n'ont rencontré aucune difficulté dans les scénarios à la question : « Avez-vous trouvé difficile de répondre aux questions des scénarios 1-8? » Cinq patients n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 10: DIFFICULTÉ DE RÉPONSE AUX SCÉNARIOS

| Difficulté dans les scénarios | N | % |
|-------------------------------|-----|------|
| non | 314 | 80.9 |
| oui | 74 | 19.1 |

Sur les 74 patients ayant éprouvé des difficultés à répondre, le tableau 11 montre que uniquement 11 personnes (14.9%) ont eu une difficulté de compréhension. 58 personnes, soit 78.4%, ont eu des difficultés dans la détermination de la volonté de payer et 3 (4.0%) personnes ont déclaré avoir eu les 2 types de difficultés. Deux patients n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 11: TYPE DE DIFFICULTÉ

| Type de difficulté | N | % |
|---|----|------|
| 1. compréhension | 11 | 14.9 |
| 2. détermination de la volonté de payer | 58 | 78.4 |
| les 2 | 3 | 4.0 |
| manquant | 2 | 2.7 |

3.5 IMPACT DES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES SUR LA VOLONTE DE PAYER

L'impact des caractéristiques des patients sur la volonté de payer a été analysé par régression logistique et représenté dans le tableau 12. Dans la régression a) « logit », la population a été séparée en 2 parties : ceux qui ont répondu rien et ceux qui ont répondu par une valeur. Dans la régression b) « logitord », on a considéré uniquement le sous-échantillon qui a répondu par une valeur. Le tableau représente les valeurs p des ces régressions et nous avons relevé en gras les valeurs statistiquement significatives.

Sur les 15 variables testées, 12 apparaissent statistiquement significatives dans certains scénarios et 3 variables ne sont pas statistiquement significatives. Il s'agit notamment des variables « formation (apprentissage, université) » et de la variable « présence d'une maladie décrite dans les scénarios ».

Les variables statistiquement significatives principales qui se retrouvent dans la majeure partie des scénarios sont : la difficulté dans la détermination de la volonté de payer en analyse logit et le pays d'origine en analyse logitord. En d'autres termes, parmi les personnes ayant indiqué une valeur autre que 0 à la volonté de payer, on constate qu'il y a une différence de volonté de payer entre les personnes d'origine Suisse et les autres. On constate également qu'il y a une différence significative

dans la difficulté de détermination entre les personnes ayant répondu une valeur à la volonté de payer et ceux qui ont répondu par rien.

Les autres variables du tableau présentent une valeur statistiquement significative uniquement dans quelques scénarios.

L'annexe 5, présente les tableaux complets des 2 régressions incluant les coefficients, les déviations standard, les valeurs z ainsi que les intervalles de confiance.

Tableau 12: RÉGRESSION LOGISTIQUE

| Variables indépendantes | Scénarios [valeur p] | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | a)logit | | | | | | | | |
| | b)logitord | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Age | a) | 0.302 | 0.681 | 0.085 | 0.252 | 0.196 | 0.262 | 0.202 | 0.144 |
| | b) | 0.053 | 0.079 | 0.230 | 0.024 | 0.562 | 0.530 | 0.257 | 0.546 |
| Sexe | a) | 0.422 | 0.824 | 0.697 | 0.697 | 0.023 | 0.293 | 0.152 | 0.563 |
| | b) | 0.077 | 0.135 | 0.128 | 0.703 | 0.712 | 0.387 | 0.139 | 0.004 |
| Pays d'origine | a) | 0.492 | 0.031 | 0.031 | 0.103 | 0.407 | 0.086 | 0.255 | 0.127 |
| | b) | 0.009 | 0.010 | 0.021 | 0.001 | 0.001 | 0.018 | 0.102 | 0.012 |
| Apprentissage | a) | 0.332 | 0.122 | 0.607 | 0.406 | 0.642 | 0.347 | 0.946 | 0.466 |
| | b) | 0.642 | 0.543 | 0.679 | 0.105 | 0.910 | 0.724 | 0.856 | 0.255 |
| Gymnase | a) | 0.067 | 0.501 | 0.484 | 0.785 | 0.541 | 0.574 | 0.989 | 0.488 |
| | b) | 0.325 | 0.468 | 0.991 | 0.011 | 0.710 | 0.833 | 0.404 | 0.025 |
| Université | a) | 0.334 | 0.064 | 0.579 | 0.402 | 0.765 | 0.364 | 0.967 | 0.430 |
| | b) | 0.723 | 0.619 | 0.888 | 0.050 | 0.638 | 0.523 | 0.853 | 0.556 |
| Revenu | a) | 0.873 | 0.586 | 0.520 | 0.484 | 0.287 | 0.896 | 0.695 | 0.474 |
| | b) | 0.157 | 0.065 | 0.003 | 0.307 | 0.359 | 0.168 | 0.033 | 0.117 |
| Taille ménage | a) | 0.084 | 0.009 | 0.130 | 0.071 | 0.235 | 0.332 | 0.692 | 0.101 |
| | b) | 0.299 | 0.409 | 0.200 | 0.096 | 0.788 | 0.464 | 0.918 | 0.555 |
| Assurance complémentaire | a) | 0.153 | 0.305 | 0.155 | 0.860 | 0.176 | 0.305 | 0.190 | 0.499 |
| | b) | 0.220 | 0.532 | 0.107 | 0.058 | 0.018 | 0.029 | 0.015 | 0.004 |
| Franchise épuisée | a) | 0.272 | 0.487 | 0.268 | 0.528 | 0.151 | 0.313 | 0.997 | 0.712 |
| | b) | 0.683 | 0.150 | 0.513 | 0.995 | 0.002 | 0.320 | 0.191 | 0.026 |
| Maladie aiguë | a) | 0.167 | 0.103 | 0.063 | 0.087 | 0.012 | 0.019 | 0.067 | 0.065 |
| | b) | 0.441 | 0.797 | 0.396 | 0.177 | 0.921 | 0.363 | 0.839 | 0.356 |
| Maladie chronique | a) | 0.132 | 0.299 | 0.888 | 0.469 | 0.093 | 0.397 | 0.263 | 0.110 |
| | b) | 0.940 | 0.266 | 0.915 | 0.655 | 0.006 | 0.490 | 0.028 | 0.017 |
| Maladie scénarios | a) | 0.354 | 0.631 | 0.364 | 0.841 | 0.661 | 0.843 | 0.875 | 0.544 |
| | b) | 0.760 | 0.663 | 0.472 | 0.850 | 0.620 | 0.377 | 0.392 | 0.737 |
| a) difficulté de détermination | a) | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | b) | 0.805 | 0.660 | 0.959 | 0.487 | 0.320 | 0.836 | 0.716 | 0.256 |
| b) difficulté de compréhension | a) | 0.449 | 0.622 | 0.489 | 0.988 | 0.947 | 0.699 | 0.552 | 0.826 |
| | b) | 0.091 | 0.144 | 0.066 | 0.466 | 0.440 | 0.161 | 0.029 | 0.085 |
| Pseudo R2 | a) | 0.139 | 0.151 | 0.181 | 0.130 | 0.150 | 0.135 | 0.130 | 0.153 |
| | b) | 0.051 | 0.080 | 0.083 | 0.067 | 0.082 | 0.053 | 0.079 | 0.096 |

3.6 IMPACT DES VARIABLES STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVES

3.6.1 Effet de l'origine

Les patients d'origine autre que la Suisse sont prêts à payer plus que les Suisses. La différence des moyennes est significative pour tous les scénarios (Tableau 13).

Tableau 13: IMPACT DE L'ORIGINE SUR LA VOLONTÉ DE PAYER

| | | Scénarios CHF moyenne (SD) | | | | | | | |
|------------------|-----|-------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pays d'origine | N | Scén 1 | Scén 2 | Scén 3 | Scén 4 | Scén 5 | Scén 6 | Scén 7 | Scén 8 |
| Suisse | 332 | 3.80 1.35 (2.35) | 2.10 0.95 (1.89) | 3.45 1.16 (2.19) | 3.85 1.36 (2.37) | 3.65 1.18 (2.28) | 2.80 1.04 (2.08) | 2.90 1.09 (2.14) | 4.10 1.25 (2.35) |
| Autre | 59 | 14.45 2.34 (3.40) | 9.35 2.33 (3.02) | 12.05 2.66 (3.15) | 14.50 2.93 (3.39) | 17.75 2.52 (3.65) | 12.80 2.29 (3.26) | 11.35 2.00 (3.08) | 17.15 2.81 (3.53) |
| Mann- Withney | | 0.065 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | 0.010 | 0.002 | 0.016 | 0.001 |

3.6.2 Effet de la difficulté de réponse

Les patients ayant eu des difficultés à répondre aux scénarios ont une volonté de payer plus élevée que les autres. La différence des moyennes est significative pour tous les scénarios (Tableau 14).

Tableau 14: IMPACT DE LA DIFFICULTÉ A RÉPONDRE AUX SCÉNARIOS

| | | Scénarios CHF moyenne (SD) | | | | | | | |
|-----------------------|-----|-------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Difficulté de réponse | N | Scén 1 | Scén 2 | Scén 3 | Scén 4 | Scén 5 | Scén 6 | Scén 7 | Scén 8 |
| Oui | 74 | 8.85 2.84 (2.80) | 5.40 2.19 (2.45) | 7.10 2.62 (2.58) | 8.75 3.07 (2.78) | 10.35 2.82 (2.97) | 7.50 2.29 (2.72) | 6.60 2.23 (2.62) | 8.10 2.75 (2.76) |
| Non | 314 | 4.60 1.21 (2.40) | 2.70 0.91 (2.00) | 4.20 1.10 (2.28) | 4.70 1.26 (2.44) | 4.75 1.05 (2.35) | 3.50 0.97 (2.15) | 3.60 0.99 (2.18) | 5.60 1.19 (2.50) |
| Mann- Withney | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

4. DISCUSSION ET CONCLUSION

4.1 DISCUSSION DES RESULTATS PRINCIPAUX

4.1.1 Généralités

Notre étude avait comme but d'évaluer la valeur attribuée par les patients à un médicament original plutôt qu'à un générique sur la base de 8 scénarios décrivant 4 situations cliniques liées à la prescription de médicaments pour une affection aiguë et 4 situations décrivant une affection chronique.

Les résultats montrent qu'une majorité de patients (environ 70%) n'attribuent pas de valeur particulière à un médicament original par rapport à un générique, que cette valeur est plus élevée chez les personnes souffrant d'une maladie aiguë que chronique, qu'elle ne dépend pas du type de maladie chronique, que les ressortissants d'autres pays que la Suisse y attribuent une plus grande valeur tout comme les gens qui ont éprouvé des difficultés à répondre.

4.1.2 Aspects techniques

Les 2 types de questionnaires avec échelle de valeur ascendante et descendante étaient attribués au hasard pour étudier l'impact du « starting point » ou valeur de départ dans la volonté de payer. Les caractéristiques des patients ne montrent pas de différence significative entre les 2 groupes sauf pour le revenu par personne ($p=0.029$). Nous n'avons pas d'explication rationnelle à cette constatation, mais comme nous sommes en présence de plus de 20 caractéristiques, la probabilité d'avoir une différence statistiquement significative sans véritable signification est importante.

Un impact significatif a été constaté pour la valeur de départ. Les patients répondant au questionnaire avec échelle descendante de valeurs tendent à attribuer une valeur plus élevée au médicament original que les autres. Ceci est particulièrement marqué quand la volonté de payer est considérée de manière dichotomique (existante ou nulle). Cette différence devient alors statistiquement significative pour tous les scénarios. Les résultats sont en accord avec ceux qui sont publiés dans la littérature. Ce fait est souvent évoqué comme limitation à la validité de cette méthode d'investigation. C'est pourquoi nous avons choisi d'aborder ce problème de front et d'étudier cet impact systématiquement.

La corrélation très élevée entre les réponses aux 8 scénarios montre que les patients sont consistants dans leurs réponses. A l'inverse, la corrélation entre les réponses aux scénarios et le revenu par ménage ainsi que le revenu par personne est très faible. Le revenu n'a donc pratiquement pas d'impact sur la volonté de payer.

4.1.3 Recours aux médicaments originaux

L'étude montre qu'entre 66.1 et 71.9% des patients ne sont pas disposés à payer pour bénéficier du médicament original. A notre connaissance, il n'existe aucune autre étude de type « volonté de payer » dans ce domaine. Dans la littérature, on trouve quelques études sur l'acceptation des génériques. Une enquête sur les génériques, menée par le fabricant de génériques Mepha en 2006 [17], a montré que 88% des personnes interrogées accepteraient un générique si on leur en proposait un. Un article paru dans le Journal Suisse des Pharmaciens cite un taux d'acceptation des génériques de 75% [18]. Le pourcentage observé dans notre étude correspond donc à ces valeurs.

Malgré toutes les campagnes d'informations sur les génériques, on voit qu'entre 28.1 et 33.9% des patients accordent toujours une valeur à l'original et sont prêts à payer pour le garder, et ceci quand bien même l'étude s'est déroulée dans une période particulièrement trouble, puisque à partir de 2006, suite à une décision politique, une modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) vise à réaliser des économies dans l'assurance de base, tout en encourageant la remise de médicaments génériques [3]. Les patients doivent s'acquitter d'une quote-part différenciée pour les médicaments. La quote-part sur les médicaments originaux ayant un générique passe de 10 % à 20 %. Cette mesure vise à encourager la prescription de génériques lorsqu'aucune raison médicale ne s'y oppose et que la préparation originale est plus chère que le générique d'au moins 20 %. Sur les génériques, la quote-part reste fixée à 10 %, de même que pour les originaux qui n'ont pas de génériques. L'ordonnance est entrée en vigueur le 1er janvier 2006. Depuis cette date, de nombreuses fluctuations de prix sont survenues, concernant tant les génériques que les médicaments originaux, au point que l'on peut maintenant trouver des génériques plus chers que leurs originaux. Ces réactions ont entraîné une certaine confusion, tant chez les professionnels de la santé que chez les patients.

4.1.4 Influence de l'affection aiguë ou chronique sur la volonté de payer

Un des buts de l'étude était d'analyser l'importance accordée par les patients aux médicaments originaux en fonction du type d'affection (aiguë ou chronique). La volonté de payer des personnes souffrant d'une maladie aiguë est en moyenne plus élevée que chez les patients souffrant d'une maladie chronique. L'analyse de la variance (Anova) montre qu'il y a une différence statistiquement significative pour tous les scénarios entre la volonté de payer moyenne des patients souffrant d'une maladie aiguë et celle de ceux n'ayant pas déclaré avoir de maladie aiguë.

Les patients souffrant d'une maladie chronique accordent moins d'importance à l'original que les patients souffrant d'une maladie aiguë et ce, que ce soit pour un scénario décrivant une maladie aiguë ou chronique. L'influence de la maladie chronique ou du traitement d'une maladie chronique donnée n'ont pas d'impact sur la volonté de payer pour un autre scénario.

Les valeurs les plus basses ont été attribuées aux AINS, qui ont été les premiers génériques mis sur le marché. Il est probable que les patients aient assimilé ce fait et le traduisent ainsi dans leur volonté de payer.

4.1.5 Impact des variables socio-économiques sur la volonté de payer

L'analyse de l'impact des variables socio-économiques sur la volonté de payer a permis de révéler l'importance des variables « origine » et « difficulté dans la réponse aux scénarios ».

Les personnes d'origine autre que Suisse étaient prêtes à payer plus que les Suisses. D'autres études de type volonté de payer ont démontré qu'il existe certaines différences entre les diverses ethnies, un effet qui peut être expliqué par les différentes valeurs culturelles. Byrne *et al.* [24] ont démontré que le pourcentage du salaire alloué pour supprimer des symptômes d'arthrose était le plus élevé pour la population blanche, intermédiaire pour la population hispanique et le moins élevé pour la population noire. La volonté de payer plus grande pourrait être liée à un manque d'information au sujet des génériques. Dans ce cas, des campagnes d'information spécifiques pourraient combler ce manque de connaissance. L'autre hypothèse serait qu'en toute connaissance de cause, les personnes d'origine autre que la Suisse préféreraient les médicaments originaux pour des raisons culturelles.

Nous avons demandé aux patients s'ils avaient eu de la difficulté à répondre aux scénarios, et dans l'affirmative, si cette difficulté était liée à la compréhension des questions elles-mêmes, ou plutôt à la détermination des montants en jeu. Dans tous les scénarios, il existe une corrélation significative entre la difficulté à déterminer les montants et les montants eux-mêmes. La difficulté liée à la compréhension des scénarios n'a pas été statistiquement significative. En revanche, les patients ayant eu des difficultés à répondre aux scénarios (détermination du montant) ont présenté une volonté de payer statistiquement plus élevée que les autres. Ceci pourrait s'expliquer de la

manière suivante : la personne qui accepte les génériques n'est pas prête à payer quelque chose pour les médicaments originaux et sa réponse aux scénarios est plus faible puisqu'elle est déjà déterminée à l'avance, c'est-à-dire 0 Frs. En revanche, la personne qui attache une importance aux médicaments originaux doit faire un choix entre 10 intervalles de valeurs, ce qui complique sa tâche. L'inclusion de la question sur la difficulté de répondre aux scénarios est une originalité de notre démarche et n'est pas mentionnée dans la littérature. Or il est probable que cette réalité joue un rôle dans les autres études aussi. Elle pourrait expliquer pourquoi la variance des réponses à la volonté de payer n'est habituellement que peu soutenue par les caractéristiques socio-économiques des patients incluses dans les modèles de régression publiés.

Il est intéressant de constater que des variables comme le revenu, l'âge ou la formation n'ont pas montré d'influence sur la volonté de payer. Dans la littérature, on trouve des études qui ont démontré un impact du revenu sur la volonté de payer même si son influence est limitée [25].

Finalement, des variables asséculo-logiques comme le type d'assurance ou la participation financière du patient exprimée sous forme d'épuisement ou non de sa franchise, n'ont pas d'influence non plus sur sa volonté de payer.

4.2 LIMITATIONS DE L'ETUDE

4.2.1 Participation des pharmacies et des patients

Le taux de participation des 19 pharmacies était faible. Les pharmacies n'ont distribué que la moitié des questionnaires visés (55%). L'échantillon aurait été nettement supérieur en améliorant la distribution des questionnaires aux patients. Nous avons en partie anticipé ce problème en faisant des rappels pendant le déroulement de l'étude. Le manque de distribution des questionnaires était associé à une faible organisation en interne des pharmacies et certes à un manque d'incitatifs. A l'avenir, pour ce genre d'études, il faudrait assurer un meilleur coaching des pharmacies ou alors, faire passer un message général d'encouragement à participer à ce genre d'études à travers une des sociétés faïtières des pharmaciens. On pourrait même envisager de distribuer des points FPH pour la participation aux études.

La participation des patients était elle aussi assez faible (40%), mais pas différente de celle qui avait été observée dans une étude semblable centrée sur la valeur attribuée pas des parents à un anesthésique local pour soulager la douleur associée à une prise de sang chez leur enfant [26]. La validité des résultats mériterait d'être testée dans un échantillon plus important.

4.2.2 Situation instable de la politique des prix des médicaments

Le marché des médicaments est actuellement dans une situation instable. Bien que la consommation des génériques soit encouragée de manière générale, les patients sont continuellement confrontés à des modifications de prix des médicaments. La réduction de prix de certains médicaments originaux a eu pour conséquence d'atténuer les différences de prix avec les génériques. Dans quelques cas, l'original est temporairement même meilleur marché que le moins cher des génériques [27]. Un autre élément de confusion est le nombre élevé d'emballages de génériques pour une même molécule. Ceci peut en effet menacer la sécurité thérapeutique lorsqu'il s'agit du passage du suivi par le médecin de famille au traitement hospitalier ou l'inverse. Pour des questions pharmaco-économiques, les hôpitaux travaillent généralement avec une liste de médicaments limitée. Les médicaments prescrits à l'hôpital étaient repris en général par les médecins de famille. Depuis le début de l'année 2006, les médecins de famille prescrivent les médicaments les moins chers pour les patients et se voient parfois obligés de changer le médicament prescrit par l'hôpital pour un générique [28].

Cette instabilité et cet univers incertain peuvent avoir eu une influence sur les réponses aux scénarios. C'est pour cela que nous encourageons la répétition d'une telle étude dans une situation

plus stable. En outre, il pourrait être envisageable de comparer la volonté de payer pour un médicament avec le prix réel du médicament comme il avait été fait dans l'étude publiée par Zweifel *et al.* [26]

Finalement, notre étude n'a testé qu'un nombre limité de scénarios, dans un seul environnement culturel, et chez des patients plutôt citadins, dans un système de soins donné. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés sans précautions à d'autres contextes.

4.3 PERSPECTIVES ET CONCLUSION

En conclusion, notre étude a permis de révéler les préférences des patients face aux médicaments originaux et génériques par une approche économique. Les résultats obtenus permettent dans une certaine mesure de déterminer dans quelles conditions les patients sont prêts à payer plus et ainsi d'anticiper les comportements d'achat et d'utilisation des médicaments.

Certains de ces éléments peuvent être très intéressants à des titres variables pour les différents acteurs du système de santé.

5. REFERENCES

1. Kocher G, Oggier W. Système de santé suisse 2004-2006 Survol de la situation actuelle. 2005 Bern, Verlag Hans Huber. Technologie médicale pg 321-329
2. Domenighetti G. Grandeur et misère des systèmes universels de santé, Bulletin des Médecins Suisses ; 2005 ; 86 n°4 :221-226.
3. www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/a38a.html
4. Hug M, Lauterburg B. Génériques et originaux- le prix est-il la seule différence ? Rev Med Suisse ; 2006 ; 2 : S41-S42
5. Pharmactuel 2001 Substitution générique, volume XVII N°6
6. Balant L, Mayer J. Le cube pharmacocinétique, ASTRAL
7. Instructions de l'Institut suisse des produits thérapeutiques pour les médicaments à usage humain contenant des principes actifs connus. Instructions pour la présentation des demandes d'autorisation de médicaments à usage humain contenant des principes actifs connus (Instructions sur les génériques) 3 décembre 2002.
8. Schweitzer S.O. Pharmaceutical Economics and Policy. New York, Oxford University Press. 1997 : pg 14, 58,106
9. www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.212.23.fr.pdf
10. www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a52a.html
11. Journal Suisse de pharmacie n°7/2006, Nachahmerpräparate werden salonfähig, Medienkonferenz 2006 der Mepha Pharma AG, pg 272
12. Reuters report et IMS-Health 2004
13. Journal Suisse de pharmacie n°17/2003, Le recours aux génériques en Suisse, Max Brentano-Motta, pg 625
14. Dosis. Rapport : Les médicaments génériques ou l'histoire d'un succès, septembre 2005 ; 36.
15. Thöni Th. La vente des génériques explose. Le Temps 21.07.06
16. Halkin H, Shapiro J, Kurnik D et al. Increase warfarin doses and decreased international normalized ratio response after nationwide generic switching. Clin Pharmacol Ther; 2003 ; 74:215-21
17. Conférence de presse Mepha. 2006 Acceptation des génériques et des mesures de promotion des génériques : Résultats d'une étude de marché récente, Martina Beranek (Coordinateur public relations)
18. Journal Suisse de pharmacie n° 11/2006, Generika-Substitution in der Praxis, Anne-Marie Bollier, pg 433
19. Marti B et al. Pharmacie d'Herborance (Boudry) 2002-2003
20. Wasserfallen J.B. Les analyses médico-économiques: un complément nécessaire à "evidence based medicine". Revue Médicale de la Suisse Romande 2001;121 :265-268.
21. Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W.: Methodes for the economic evaluation of health care programmes. Oxford University Press, 2nd Edition, Oxford, 1997.

- 22.Klose T. The contingent valuation method in health care. Health Policy 1999 ; 97-123.
- 23.Frew EJ, Wolstenholme JL, Whynes DK. Comparing willingness to pay : bidding game format versus open-ended and payment scale formats. Health Policy 2004;68:289-298.
- 24.Byrne MM, O'Malley KJ, Suarez-Almazor ME. Ethnic differences in health preferences : analysis using willingness to pay. The Journal of Rheumatology 2004;31:1811-1818.
- 25.Smith RD. Sensitivity to scale in contingent valuation : the importance of the budget constraint. Journal of Health Economics 2005;24:515-529.
- 26.Zweifel Ch. Parents' willingness to pay for diminishing children's pain during blood sampling. Paediatr Anaesth. 2006 Jan;16(1):11-8.
- 27.Tribune médicale. Le prix des médicaments en baisse. N°27-32, 11 août 2006 : pg 9-10
- 28.Streuli R.A. La profusion de médicaments génériques menace la sécurité thérapeutique. Forum Med Suisse 2006 ;6 :787.

6. ANNEXES

6.1 ANNEXE 1: LETTRE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Etude de la valeur attribuée par les patients à un médicament original plutôt qu'à un générique

Madame, Monsieur,

Mon nom est Arina Denoth, je suis pharmacienne diplômée de l'Université de Lausanne et j'effectue actuellement une formation post-graduée en économie et administration de la santé à l'Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS). Dans le cadre de cette formation, j'effectue un mémoire sous la direction du Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Directeur Médical Adjoint du CHUV.

Cette étude a pour but de mettre en évidence l'importance que vous attribuez à être traité(e) par un médicament original plutôt que par un générique. Dans ce but, nous allons vous présenter 8 scénarios, hypothétiques mais tout à fait réalistes. Dans chacun des scénarios nous supposons que vous consultiez un médecin pour une raison médicale et qu'il vous prescrive un médicament. Globalement, certains médicaments existent sous 2 formes : le médicament original, et le (les) générique(s).

Un médicament générique contient le même principe actif dans le même dosage que le produit original. **L'efficacité et la tolérance des génériques ont été testées avant leur mise sur le marché.**

Toutefois, le prix du générique est moins élevé que celui de l'original, et suscite beaucoup d'intérêt politique ces derniers temps. C'est la raison pour laquelle nous entreprenons cette étude, pour essayer d'établir quelle importance ce débat a auprès de la population des patients.

Nous aimerions savoir quelle valeur ajoutée vous accordez à un médicament original et combien vous seriez prêts à payer en plus pour un tel médicament. Nous vous demandons donc de cocher la somme maximale que vous envisageriez de payer vous-même (sans l'aide d'une assurance), en plus par rapport à un générique, pour être traité(e) par un médicament original.

Vous pouvez soit répondre tout de suite et remettre votre réponse dans l'enveloppe fermée au pharmacien, soit répondre à la maison et renvoyer le questionnaire dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie. Dans le premier cas, le pharmacien ne vous posera aucune question et n'aura pas connaissance de vos réponses puisque l'enveloppe sera fermée.

De manière à permettre une analyse précise des résultats, nous vous remercions de répondre au plus près de votre conscience, en tenant compte de vos ressources financières réelles. Les intervalles de prix que nous vous indiquons sont des valeurs réelles.

La dernière page du questionnaire vous pose un certain nombre de questions personnelles qui nous sont indispensables pour pouvoir interpréter vos réponses.

Nous assurons bien entendu la complète confidentialité de toutes les données de cette étude. Les résultats **sont anonymes et** seront analysés de manière à ne pas permettre d'identifier les participants de l'étude. Les résultats globaux vous seront fournis sur demande.

Votre participation est totalement volontaire et gratuite. Un refus de participer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis ni aujourd'hui ni à l'avenir. De même, les réponses que vous fournirez n'auront aucun impact sur votre prise en charge actuelle ou future ni sur le type de médicament qui sera utilisé pour vous traiter.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire que vous pourriez souhaiter et vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Le Docteur Jean-Blaise Wasserfallen et moi-même, sommes à votre disposition si vous avez des questions supplémentaires.

Arina Denoth

Dipl. pharm.
Arina Denoth
Rue Louis de Savoie 53
1110 Morges

Dr. Jean-Blaise Wasserfallen
Direction médicale
CHUV – BH 08
1011 Lausanne

6.2 ANNEXE 2: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

| |
|-----------------------------------|
| Formulaire de consentement |
|-----------------------------------|

**« Etude de la valeur attribuée par les patients
à un médicament original plutôt qu'à un générique »**

Le/la soussigné(e),

1. Certifie avoir été informé(e) sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
2. Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites et fournies en annexe, informations à propos desquelles il/elle a pu poser toutes les questions qu'il/elle souhaitait.
3. Atteste qu'un temps suffisant de réflexion lui a été accordé.
4. A été informé(e) du fait qu'il/elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à l'étude sans préjudice d'aucune sorte

Le/la soussigné(e) accepte donc de participer à l'étude mentionnée.

Madame/Monsieur :

Prénom, Nom

Signature :

6.3 ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

Nous allons évaluer la valeur ajoutée que vous accordez à être traité(e) par un médicament original plutôt que par un générique. Vous trouverez ci-dessous 8 scénarios ainsi que quelques questions personnelles. Bien qu'il s'agisse de scénarios, nous vous prions d'y répondre comme si c'était des situations réelles. Les intervalles de prix que nous indiquons comprennent le prix réel du médicament. Il est important que vous teniez compte de votre budget pour répondre de manière réaliste.

SCENARIOS (1-8)

Scénario 1

Supposons que cela fait maintenant 2 semaines que vous toussiez, présentez des douleurs aux poumons et un peu de fièvre. Vous consultez votre médecin qui diagnostique une bronchite due à une bactérie. Il vous prescrit un traitement d'antibiotiques pour une durée de 10 jours, à l'issue de laquelle vous devriez être guéri(e).

Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher)

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en francs (CHF) en plus pour être traité(e) pendant 10 jours avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

Scénario 2

Admettons qu'il y ait neigé et que les trottoirs soient gelés par endroits. Vous glissez et vous tordez la cheville. Votre médecin vous prescrit un médicament anti-inflammatoire qui permet de diminuer les douleurs. La douleur s'estompe après 1-2 jours, mais le traitement doit être poursuivi pendant 7 jours.

Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher).

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en francs (CHF) en plus pour être traité(e) pendant 7 jours avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

Scénario 3

Admettons maintenant que vous ayez des douleurs d'estomac qui surviennent souvent pendant la nuit. Après examen, votre médecin vous annonce qu'il s'agit de brûlures d'estomac. Il vous prescrit donc un médicament contre l'acidité et vous propose un traitement de 30 jours suite auquel les symptômes devraient disparaître.

Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher).

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en plus en francs (CHF) pour être traité(e) pendant 30 jours avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

Scénario 4

Cela fait maintenant 3 jours que vous ressentez des douleurs en urinant. Votre médecin analyse un prélèvement de votre urine et y trouve des bactéries. Il vous prescrit un traitement par un antibiotique à raison de 2 comprimés par jour. Le traitement dure 7 jours à la fin desquels vous devriez être guéri(e).

Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher).

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en plus en francs (CHF) pour être traité(e) pendant 7 jours avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

Scénario 5

Vous allez régulièrement mesurer votre pression chez votre pharmacien. En analysant les valeurs des 3 derniers mois, il constate que votre pression est légèrement trop élevée : 160/95. Il vous conseille d'aller consulter votre médecin qui décide de commencer un traitement par un médicament afin de maintenir votre pression dans les valeurs normales. Le médicament doit être pris chaque jour, probablement pendant des années.

Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher).

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en francs (CHF) en plus par mois pour être traité(e) avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

Scénario 6

Supposons que vous avez régulièrement des douleurs aux genoux. Lors d'une visite, votre médecin vous dit qu'il s'agit d'arthrose et qu'il faudrait prendre des médicaments contre les douleurs à long terme. Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher).

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en francs (CHF) en plus par mois pour être traité(e) avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

Scénario 7

Supposons que vous deviez prendre régulièrement des médicaments anti-inflammatoires contre l'arthrose. Il est connu que ces médicaments peuvent provoquer des douleurs d'estomac, voire des ulcères. Afin de prévenir ceci, votre médecin vous prescrit un médicament contre l'acidité que vous devrez prendre tous les jours.

Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher).

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en francs (CHF) en plus par mois pour être traité(e) avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

Scénario 8

Admettons finalement que vous soyez un grand adepte de raclettes en hiver et mangiez beaucoup de chocolat pendant toute l'année. En plus, comme votre entourage est au courant de vos goûts, vous recevez souvent en cadeau des boîtes de pralinés auxquelles vous ne résistez pas. Lors d'un contrôle régulier, votre médecin trouve que le taux de cholestérol dans votre sang est trop élevé. Un taux de cholestérol trop élevé est un facteur de risque pour des maladies cardiaques. Il vous prescrit un médicament qui fait baisser le taux de cholestérol, mais que vous devrez prendre tous les jours.

Ce médicament existe sous 2 formes: le médicament original et un générique (moins cher).

- **Combien êtes vous prêt(e) à payer en francs (CHF) en plus par mois pour être traité(e) avec le médicament original plutôt que par son générique?**

| | |
|---------------|--------------------------|
| Rien | <input type="checkbox"/> |
| 0.10 - 1.60 | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 - 2.70 | <input type="checkbox"/> |
| 2.80 - 4.50 | <input type="checkbox"/> |
| 4.60 - 7.40 | <input type="checkbox"/> |
| 7.50 - 12.20 | <input type="checkbox"/> |
| 12.30 - 20.10 | <input type="checkbox"/> |
| 20.20 - 33.10 | <input type="checkbox"/> |
| 33.20 - 54.60 | <input type="checkbox"/> |
| 54.70 - 90.00 | <input type="checkbox"/> |
| > 90 | <input type="checkbox"/> |

QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Quel est votre âge ?.....

2. Quel est votre sexe ?

☐ F

☐ M

3. Quel est votre pays d'origine ?.....

4. Quelle est votre dernière formation scolaire ?

☐ École obligatoire

☐ Collège, gymnase

☐ Formation professionnelle/ apprentissage

☐ Université/ Haute école

5. Quelle est votre occupation principale ?

☐ Mère/père de famille au foyer

☐ Je suis à la retraite

☐ Je suis sans activité professionnelle pour l'instant

- ☐ Je travaille comme :
6. Quel est votre revenu mensuel brut par mois pour l'ensemble de votre ménage ?.....
7. Combien de personnes vivent dans votre ménage (vous y compris) ?.....
8. Quel type d'assurance avez-vous ?
- ☐ Assurance de base
- ☐ Assurance complémentaire
9. Avez-vous actuellement déjà épuisé votre franchise ?
- ☐ Oui
- ☐ Non
10. Souffrez-vous actuellement d'une maladie?
- ☐ Oui
- ☐ Non
11. Si oui de quel type s'agit-il ?
- ☐ Aiguë
- ☐ Chronique
- ☐ Les deux
12. Souffrez-vous actuellement d'une maladie décrite dans les 8 scénarios?
- ☐ Oui
- ☐ Non
13. Si oui de quel type s'agit-il ?:.....
14. Prenez-vous actuellement des médicaments pour les raisons suivantes? (A la fin de la liste précisez quel(s) médicament(s) vous prenez)
- ☐ Hypertension
- ☐ Brûlures d'estomac, acidité, reflux
- ☐ Douleurs diverses (arthrose, maux de tête...)
- ☐ Bronchite
- ☐ Infection urinaire
- ☐ Cholestérol
- Je prends le(s) médicament(s) suivant(s) :.....
-
15. Quel est le médecin qui vous prescrit les médicaments ?

- ☐ Mon généraliste
- ☐ Un spécialiste (précisez : cardiologue.....)
- ☐ Les 2

16. Avez-vous trouvé difficile de répondre aux questions des scénarios 1-8 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. Si oui, pourquoi ?

- ☐ Difficulté à comprendre les questions
- ☐ Difficulté à déterminer votre volonté de payer

Votre aide nous est précieuse.
Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces questions

6.4 ANNEXE 4 : PROTOCOLE DE RECHERCHE COMMISSION D'ETHIQUE

Protocole de recherche pour la commission d'éthique de la recherche clinique de la faculté de médecine de Lausanne

1. Titre de l'étude

« Etude de la valeur attribuée par les patients à un médicament original plutôt qu'à un générique »

2. Cadre de l'étude

L'IEMS (Institut d'Economie et Management de la Santé) est un Institut interfacultaire (Faculté de Médecine, Ecole des HEC de l'Université de Lausanne et Hospices cantonaux), qui propose un programme d'études post graduées sur deux années. L'obtention du Diplôme post grade en Economie et Administration de la Santé nécessite l'obtention de 60 crédits répartis sur des cours obligatoires, des cours à option ainsi qu'un travail de mémoire.

Cette étude sera effectuée par l'investigateur principal, Mlle Arina Denoth, dans le cadre de son mémoire du Diplôme post grade qui sera présenté au plus tard le 31 décembre 2006.

Le Directeur du mémoire de cette étude est le Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Directeur Médical Adjoint au CHUV et enseignant à l'IEMS.

3. Date de l'envoi du protocole

Date du début de l'étude: dès accord de la commission d'éthique (mars 2006)

4. Investigateurs responsables

| | |
|-------------------------|--|
| Investigateur principal | - Arina Denoth, pharmacienne |
| Directeur de mémoire | - Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Directeur Médical Adjoint, CHUV, Lausanne |
| Experts | - Karine Lamiraud, économiste HEC, Lausanne |
| | - Dr Olivier Bugnon, pharmacien à la PMU, Lausanne |

5. Mise en perspective de l'étude

A partir de 2006, suite à une décision politique, une modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) visera à réaliser des économies dans l'assurance de base, tout en encourageant la remise de médicaments génériques. Les patients devront s'acquitter d'une quote-part différenciée pour les médicaments. La quote-part sur les médicaments ayant un générique, passera de 10 % à 20 %. Cette mesure vise à encourager la prescription de génériques lorsque aucune raison médicale ne s'y oppose et que la préparation originale est plus chère d'au moins 20 %. Sur les génériques, la quote-part reste fixée à 10 %. L'ordonnance entrera en vigueur le 1er janvier 2006. Les assureurs qui le souhaitent peuvent bénéficier d'un délai d'application de l'ordonnance jusqu'au 1er avril 2006.

Une enquête réalisée sur mandat de Mepha Pharma en janvier 2005 par l'institut de sondage d'opinion IHA-GfM, Hergiswil, montre qu'un nombre toujours plus important de personnes en Suisse savent ce que sont les génériques. Aujourd'hui, cette notion est familière à 73% de la population, alors que cette proportion n'était que de 32% en 2000. En outre, l'acceptation des génériques s'est également améliorée. Selon l'enquête récente, 85,1% des personnes interrogées seraient prêtes à accepter un générique.

Nous partons de l'hypothèse que l'acceptation des génériques à 100% n'est pas atteignable. Malgré toutes les campagnes d'information sur les génériques, certains patients accorderont toujours une importance à être traités à l'aide d'un médicament original plutôt que d'opter pour un générique.

Les raisons d'un tel choix peuvent être variées : meilleure compliance déclarée avec un médicament original, meilleur effet du médicament original, manque d'information et/ou de confiance sur les médicaments génériques. Un tel choix peut également être lié à l'affection médicale du patient et c'est sur cette hypothèse que se base notre étude.

Dans un premier temps, nous allons analyser l'importance accordée aux médicaments originaux en fonction de l'affection (chronique ou aiguë), et dans un second temps, nous analyserons si le type d'affection chronique a une influence sur l'importance accordée aux médicaments originaux. Dans ce but, nous utiliserons la méthode de la disposition à payer («willingness to pay») dont la méthodologie est décrite dans la partie 8.

En résumé, il sera possible de savoir combien les patients seraient prêts à payer en plus, afin de pouvoir continuer à bénéficier du médicament original. Les résultats de cette étude pourraient orienter le choix des payeurs ainsi que celui des producteurs de génériques et d'autres acteurs potentiels du système de santé.

6. Plan général

Il s'agit d'une étude prospective basée sur un questionnaire. Ce questionnaire va être distribué dans des pharmacies sélectionnées du canton de Vaud. Une vingtaine de pharmacies seront invitées à participer. Il sera distribué de manière aléatoire aux patients. Ces derniers auront le choix d'y répondre ou pas, et ceci ne modifiera en aucun cas la dispensation de médicaments ou leur traitement en général.

Une complète confidentialité des données sera garantie aux participants. Les questionnaires sont anonymes et l'identité des répondants n'est en aucun cas enregistrée.

7. Sélection des sujets

Les participants à l'étude seront recrutés parmi les personnes entrant dans la pharmacie. Un objectif de 2000 participants (100 par pharmacie) est visé.

a) critères d'inclusion

Parmi les premières personnes entrant dans la pharmacie après son ouverture, 1 client sur 3 est choisi au hasard jusqu'à un maximum de 10 clients par jour pendant la durée de l'étude (15 jours) et ne présentant pas de critère d'exclusion.

b) critères d'exclusion – enfants de moins de 16 ans

toute personne ne comprenant pas suffisamment le français parlé et écrit pour donner un consentement éclairé
toute personne migrante ou requérante d'asile n'ayant pas d'assurance sociale conventionnelle.

8. Méthodes d'investigation

La méthode de contingence ou de volonté de payer est un type d'analyse coût-bénéfice qui permet une estimation des coûts intangibles ici liés à la valeur attribuée à pouvoir bénéficier du médicament original. Les analyses coût-bénéfice usuelles expriment les coûts et les bénéfices en valeur monétaire, valeur universelle qui va permettre une comparaison des programmes de soins entre eux ou avec d'autres secteurs économiques. La grande difficulté de ces méthodes est d'arriver à exprimer la qualité de vie en unité monétaire. La méthode de contingence y parvient et a été développée initialement pour effectuer des études d'environnement (valeurs des parcs nationaux, forêts...).

Notre étude est basée sur un questionnaire décrivant 8 scénarios hypothétiques, mais réalistes, mettant en scène l'objet de l'étude, ici l'importance accordée à un médicament original. Les 8 scénarios décrivent 4 situations cliniques liées à la prescription de médicaments pour une affection chronique et 4 pour une

affection aiguë. Six classes de médicaments sont réparties dans les 8 scénarios. Deux classes de médicaments se retrouveront une fois dans une situation de maladie aiguë et une autre fois de maladie chronique. Le patient ne sera pas confronté aux noms des médicaments ni à leur prix.

Les questions sont formulées de telle sorte à pouvoir répondre aux questions principales suivantes:

1. Pour un même médicament, la volonté de payer peut-elle varier si l'affection est chronique ou aiguë?
2. La volonté de payer peut-elle varier pour certains médicaments selon le type d'affection chronique?
3. La volonté de payer peut-elle varier selon les caractéristiques socioéconomiques?

Les participants sont invités à réfléchir en valeur monétaire dans le domaine de la santé en indiquant le montant maximum qu'ils sont prêts à payer (différence de prix entre original et générique) pour pouvoir bénéficier du médicament original. On comparera ensuite la différence de prix que les patients seront disposés à payer à la différence de prix effective entre médicament original et générique.

Afin d'éviter certains biais connus de la méthode de volonté de payer, une échelle de valeur sera indiquée sur le questionnaire afin d'aider le participant à déterminer sa volonté de payer. Les questionnaires seront fournis sous deux formes, la première avec l'échelle monétaire commence à partir du montant minimal et la deuxième à partir du montant maximal afin de limiter le biais connu sous le nom du «starting-point bias».

De plus, un questionnaire plus personnel sera annexé aux 8 scénarios afin d'analyser les diverses réponses selon des critères personnels importants comme l'âge des patients, la présence ou non d'une maladie, le caractère aigu ou chronique de cette maladie.

Les patients recevront avec le questionnaire une enveloppe pré-affranchie pour pouvoir le renvoyer.

9. Surveillance médicale

Il n'y a pas de surveillance médicale demandée dans cette étude.

10. Rôle des pharmaciens et des assistantes en pharmacie

Les pharmaciens et les assistantes en pharmacie distribueront le questionnaire dans cette étude, fourniront la feuille d'information aux patients et recueilleront leur consentement. Si le patient souhaite remplir le questionnaire sur place, il pourra le laisser aux pharmaciens.

11. Médicaments

Il n'y a aucun médicament utilisé dans cette étude.

12. Evaluation des risques

Il n'y a pas de risques thérapeutiques impliqués dans cette étude. Le risque d'incompréhension de l'utilité de ce questionnaire n'est pas à exclure, mais le questionnaire a été travaillé de manière à être suffisamment clair pour éviter ce risque au maximum.

Sur le formulaire d'information et sur le questionnaire, il est indiqué que la participation à l'étude est volontaire et qu'elle pourra être interrompue en tout temps. De plus, aucune conséquence médicale n'est liée à ce questionnaire et tout traitement médicamenteux qu'un patient reçoit est totalement indépendant des réponses fournies au questionnaire.

13. Formulaire d'information et de consentement

cf. feuilles annexes

14. Sources de financement et rétribution

Il n'y a pas de financement externe impliqué dans cette étude. Les participants à l'étude sont invités à remplir le questionnaire, mais ne sont pas rémunérés.

15. Suivi de l'étude

La commission d'éthique sera informée de l'évolution de l'étude et recevra un exemplaire du travail final.

6.5 ANNEXE 5 : REGRESSIONS LOGISTIQUES : LOGIT ET LOGITORD

| Logit | | | | | | | | |
|---|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | scénario 1 | scénario 2 | scénario 3 | scénario 4 | scénario 5 | scénario 6 | scénario 7 | scénario 8 |
| sexe | -0,23 [0.286] | -0,066 [0.296] | -0,116 [0.297] | -0,102 [0.283] | -0.663** [0.291] | -0,31 [0.295] | -0,414 [0.289] | -0,166 [0.287] |
| age | -0,01 [0.009] | -0,004 [0.010] | -0.017* [0.010] | -0,01 [0.009] | -0,012 [0.010] | -0,011 [0.010] | -0,012 [0.010] | -0,014 [0.009] |
| origine recodée | -0,264 [0.384] | -0.834** [0.386] | -0.839** [0.388] | -0,615 [0.377] | -0,324 [0.390] | -0.674* [0.392] | -0,436 [0.383] | -0,579 [0.380] |
| apprentissage | 0,534 [0.551] | 0,905 [0.586] | 0,28 [0.544] | 0,428 [0.515] | 0,243 [0.522] | 0,529 [0.563] | 0,036 [0.528] | 0,385 [0.527] |
| gymnase | 1.276* [0.696] | 0,511 [0.759] | 0,496 [0.707] | 0,188 [0.688] | 0,424 [0.693] | 0,411 [0.732] | -0,01 [0.700] | 0,479 [0.690] |
| universite | 0,56 [0.579] | 1.130* [0.611] | 0,319 [0.576] | 0,457 [0.546] | 0,167 [0.558] | 0,538 [0.592] | 0,023 [0.558] | 0,441 [0.559] |
| revenu par personne | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] |
| taille ménage | -0.255* [0.148] | -0.410*** [0.157] | -0,23 [0.152] | -0.263* [0.146] | -0,179 [0.151] | -0,145 [0.149] | -0,058 [0.147] | -0,244 [0.149] |
| assurance complémentaire | 0,48 [0.336] | 0,349 [0.340] | 0,489 [0.344] | 0,055 [0.313] | 0,459 [0.339] | 0,349 [0.340] | 0,443 [0.338] | 0,219 [0.324] |
| franchise épuisée | -0,35 [0.318] | -0,225 [0.324] | -0,365 [0.329] | -0,196 [0.311] | -0,467 [0.325] | -0,337 [0.334] | 0,001 [0.320] | -0,117 [0.316] |
| maladie aiguë | 0,649 [0.470] | 0,76 [0.465] | 0.870* [0.468] | 0.775* [0.453] | 1.159** [0.463] | 1.107** [0.471] | 0.845* [0.461] | 0.852* [0.461] |
| maladie chronique | 0,638 [0.424] | 0,45 [0.433] | 0,062 [0.441] | 0,3 [0.414] | 0.717* [0.427] | 0,365 [0.431] | 0,477 [0.427] | 0,669 [0.419] |
| maladie scénario | -0,399 [0.430] | -0,211 [0.440] | 0,401 [0.442] | -0,084 [0.420] | -0,189 [0.433] | -0,087 [0.438] | -0,068 [0.433] | -0,258 [0.425] |
| determination | 2.005*** [0.357] | 1.929*** [0.356] | 2.343*** [0.378] | 1.964*** [0.355] | 1.893*** [0.351] | 1.834*** [0.345] | 1.915*** [0.346] | 2.158*** [0.365] |
| comprehension | -0,615 [0.812] | -0,414 [0.841] | -0,588 [0.849] | -0,011 [0.760] | 0,053 [0.790] | -0,329 [0.851] | -0,506 [0.851] | -0,171 [0.778] |
| Constant | -0,609 [0.920] | -0,45 [0.959] | 0,393 [0.934] | 0,351 [0.889] | 0,042 [0.917] | -0,457 [0.935] | -0,637 [0.909] | 0,152 [0.908] |
| Observations | 309 | 307 | 308 | 308 | 309 | 307 | 308 | 309 |
| Pseudo R2 | 0,14 | 0,15 | 0,18 | 0,13 | 0,15 | 0,13 | 0,13 | 0,15 |
| log likelihood | -166,28 | -158,35 | -158,47 | -170,69 | -159,92 | -158,38 | -161,87 | -165,35 |
| Standard errors in brackets | | | | | | | | |
| * significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1% | | | | | | | | |

| Logit ordonné | | | | | | | | |
|---|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| | scénario 1 | scénario 2 | scénario 3 | scénario 4 | scénario 5 | scénario 6 | scénario 7 | scénario 8 |
| sexe | -0.752* [0.425] | -0,65 [0.435] | -0,645 [0.424] | -0,156 [0.407] | 0,151 [0.410] | -0,375 [0.433] | -0,637 [0.431] | -1.239*** [0.428] |
| age | 0.024* [0.013] | 0.025* [0.014] | 0,015 [0.013] | 0.028** [0.012] | 0,007 [0.012] | 0,008 [0.013] | 0,016 [0.014] | 0,007 [0.012] |
| origine recodée | -1.429*** [0.545] | -1.287** [0.502] | -1.070** [0.462] | -1.693*** [0.499] | -1.848*** [0.555] | -1.320** [0.560] | -0,924 [0.564] | -1.196** [0.476] |
| apprentissage | 0,411 [0.884] | -0,615 [1.010] | -0,325 [0.784] | 1,245 [0.767] | 0,089 [0.791] | -0,306 [0.868] | 0,149 [0.822] | 0,884 [0.776] |
| gymnase | 1,02 [1.036] | 0,869 [1.196] | 0,012 [1.024] | 2.592** [1.016] | 0,366 [0.984] | 0,234 [1.108] | 0,927 [1.110] | 2.194** [0.980] |
| universite | 0,311 [0.879] | -0,509 [1.023] | -0,11 [0.785] | 1.557** [0.793] | 0,378 [0.804] | -0,555 [0.869] | 0,154 [0.827] | 0,448 [0.762] |
| revenu par personne | 0 [0.000] | 0.000* [0.000] | 0.000*** [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0 [0.000] | 0.000** [0.000] | 0 [0.000] |
| taille ménage | 0,212 [0.204] | 0,196 [0.238] | 0,267 [0.208] | 0.346* [0.208] | -0,057 [0.213] | 0,157 [0.215] | 0,022 [0.215] | 0,122 [0.207] |
| assurance complémentaire | -0,616 [0.503] | -0,338 [0.539] | -0,779 [0.483] | -0.861* [0.455] | -1.192** [0.503] | -1.171** [0.537] | -1.293** [0.530] | -1.401*** [0.489] |
| franchise épuisée | -0.223 [0.545] | -0,752 [0.523] | -0,328 [0.501] | -0,003 [0.475] | -1.698*** [0.561] | -0,577 [0.580] | -0,723 [0.553] | -1.105** [0.498] |
| maladie aiguë | -0,523 [0.678] | -0,178 [0.693] | 0,488 [0.575] | -0,797 [0.590] | -0,059 [0.593] | -0,585 [0.643] | 0,128 [0.630] | 0,54 [0.584] |
| maladie chronique | 0,046 [0.614] | 0,683 [0.614] | 0,059 [0.554] | 0,266 [0.597] | 1.745*** [0.635] | 0,43 [0.622] | 1.240** [0.565] | 1.404** [0.589] |
| maladie scénario | 0,183 [0.602] | 0,277 [0.637] | 0,409 [0.569] | 0,11 [0.582] | -0,299 [0.604] | 0,54 [0.611] | -0,482 [0.563] | -0,189 [0.563] |
| determination | -0,099 [0.400] | 0,18 [0.409] | 0,02 [0.389] | 0,273 [0.392] | 0,411 [0.413] | 0,088 [0.422] | -0,152 [0.417] | -0,439 [0.394] |
| comprehension | -2.031* [1.200] | -1,832 [1.255] | -2.196* [1.193] | -0,8 [1.096] | -0,828 [1.072] | -1,654 [1.179] | -2.634** [1.205] | -2.038* [1.185] |
| Observations | 98 | 91 | 99 | 103 | 92 | 87 | 90 | 101 |
| Pseudo R2 | 0,05 | 0,08 | 0,08 | 0,07 | 0,08 | 0,05 | 0,08 | 0,1 |
| log likelihood | -202,43 | -172,02 | -183,8 | -204,82 | -184,33 | -174,85 | -175,29 | -198,67 |
| Standard errors in brackets | | | | | | | | |
| * significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1% | | | | | | | | |